WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE

DWUMIESIĘCZNIK WRZESIEŃ — PAŹDZIERNIK

ROK I 1929 NUMER 2

DR. R. SZABAD - GAWROŃSKA,

Ze Szpitala Dziecięcego Gminy Żydowskiej w Wilnie (lek. nacz. Dr. H. Kowarski)

LECZENIE ROPNEGO ZAPALENIA OPŁUCNEJ RIVANOLEM U NIEMOWLĄT I DZIECI DO 2 LAT.

(Referat. Warszaw. Czasop. Lekarskie. Nr. 2 — 1929 r.)

LECZENIE operacyjne ropnego zapalenia opłucnej u niemowląt i dzieci do lat 2-ch daje wyniki tak mało zadowalające, iż zrozumiałe jest poszukiwanie konserwatywnego sposobu leczenia.

Według statystyki *Zybèlla*, leczenie operacyjne ropnego zapalenia opłucnej zapomocą resekcji żebra u dzieci do lat dwóch daje 75% śmiertelności. Podług *Comby:* u dzieci do 6 miesięcy — 100%, od sześciu do dwunastu miesięcy — 76,9%, u dzieci od jednego do sześciu lat — 61,7%.

Wyniki osiągnięte drogą torakotomji z sączkowaniem są lepsze; przy tym sposobie wyzdrowienie następuje w trzydziestu sześciu do pięćdziesięciu %. W ciągu ostatnich lat zaproponowano kilka sposobów konserwatywnego leczenia ropnego zapalenia opłucnej u dzieci do lat dwóch.

W Szpitalu Dziecięcym Gminy żydowskiej zastosowaliśmy w sześciu przypadkach ropnego zapalenia opłucnej u dzieci do 2-ch lat leczenie konserwatywne zapomocą wstrzykiwań *Rivanolu* do worka opłucnowego. Zatrzymaliśmy się na *Rivanolu,* gdyż środek ten wywiera doskonałe i specyficzne działanie na bakterje ropotwórcze, jak to wynika z prac *Morgenrotha.* Poza tem Rivanol nie działa szkodliwie na ustrój i nie powoduje podrażnienia i rozpadu tkanek.

Dotychczas używaliśmy również z powodzeniem Rivanolu do przepłukiwania jamy opłucnowej po resekcji żebra.

Stosowaliśmy Rivanol w rozczynie 1 : 1000 i 1 : 500.

Po nakłuciu opłucnej i wyciągnięciu ropy z jamy opłucnej zastrzykiwaliśmy

Rivanol. Nakłucia dokonywaliśmy strzykawką 10-cio gramową; po wyssaniu ropy wstrzykiwaliśmy powoli Rivanol.

Według wieku przypadki nasze przedstawiają się następująco: 3 przypadki do jednego roku, 3 — od roku do jednego roku i 10 miesięcy.

Wyniki przedstawiają się, jak następuje: 4 przypadki zakończyły się wyzdrowieniem, jeden zmarł wskutek posocznicy, przypadek szósty należy zakwalifikować, jako niepomyślny.

Dodatni wpływ Rivanolu stwierdziliśmy zarówno w pneumokokowej, jak i w streptokokowej infekcji.

Pozwolę sobie obecnie przytoczyć historję choroby naszych przypadków:

Przypadek 1. Halina S. 1 r. 10 m.

Przyjęta do szpitala w dwudziestym drugim dniu choroby, przebyła zapalenie płuc. Ciepłota ciała 39^0, waga 11 kilo.

Tony serca głuche, tętno 130, średniego wypełnienia. Duszność. W moczu ślady białka. Pirquet ujemny. Lewostronne zapalenie opłucnej: stłumienie zupełne od środka łopatki ku dołowi; osłuchowo — oddech oskrzelowy osłabiony, drżenie głosowe osłabione. Próbne nakłucie opłucnej wykazało obecność gęstej zielonkawej ropy, w której znaleziono pneumokoki. Nakłucia zrobiono trzy, co drugi dzień, za każdym wydobyto od 40 — 20 cm^3 ropy. Wstrzykiwano Rivanol w ilości dwudziestu do dziesięciu cm^3. Stłumienie zmniejsza się stopniowo, oddech coraz jaśniejszy. Po szesnastodniowym pobycie w szpitalu wypisana jako zdrowa, przy normalnej ciepłocie ciała i braku ropy.

Przypadek 2. Sara F. 1 r. 6 m.

Przyjęta do szpitala w piętnastym dniu choroby, przebyła zapalenie płuc; ciepłota ciała 39^0, waga 8700 g. Duszność, tony serca głuche. Tętno 140. Pirquet ujemny. Objawy lewostronnego zapal. opłucnej; stłumienie zupełne, oddech osłabiony od środka łopatki ku dołowi, drżenie głosowe osłabione. Zapomocą nakłucia opłucnej wydobyto 85 cm^3 gęstej ropy, której badanie wykazało obecność streptokoków.

W ciągu 7 dni codziennie dokonywano nakłucia: po wypuszczeniu od dwudziestu do sześćdziesięciu cm^3 ropy wstrzykiwano od pięćdziesięciu do trzydziestu cm^3 Rivanolu. Po czwartem nakłuciu temperatura spadła do normy. Po trzynastodniowym pobycie w szpitalu dziecko wypisano, jako zdrowe.

Przypadek 3. Lejzer In. 4 mies.

Przyjęty do szpitala w trzydziestym dniu choroby. Przebył zapalenie płuc, *colitis* i *furunculosis*. Ciepłota ciała 38,8^0, waga 4,100 g. Dziecko wycieńczone; sinica, duszność, tętno 120. Lewostronne zapal. opłucnej: stłumienie zupełne oraz oddech osłabiony od *spina scapulae* ku dołowi i w kierunku do linji pachowej przedniej. Drżenie głosowe osłabione. Wątroba i śledziona powiększone. W moczu ślady białka. Pirquet ujemny. Przy nakłuciu opłucnej wydobyto 100 cm^3 ropy, w której znaleziono pneumokoki. W ciągu sześciu dni codziennie dokonywano nakłucia opłucnej, wydobyto za każdym razem od stu do dwudziestu cm^3 ropy, wstrzykiwano od czterdziestu do dwudziestu cm^3 Rivanolu. Stopniowo oddech wyjaśnia się coraz bardziej. Po piętnastodniowym pobycie w szpitalu dziecko wypisano jako zdrowe.

Przypadek 4. Edward P. 5 tygodni.

Przyjęty do szpitala w siódmym dniu choroby. Stan dziecka bardzo ciężki: sinica wybitna, duszność, tętno 120, ledwie wyczuwalne. Pirquet ujemny. Stan chorego przed nakłuciem o tyle ciężki, że niezbędne było zastosowanie kamfory i tlenu. Objawy prawostronnego za-

palenia opłucnej: zupełne stłumienie, brak szmeru oddechowego i zniesienie drżenia głosowego na prawej połowie klatki piersiowej. Przy nakłuciu opłucnej wydobyto 60 cm^3 gęstej ropy, w której znaleziono streptokoki. W ciągu czterech dni codziennie robiono nakłucia opłucnej: każdorazowo wydobyto od sześćdziesięciu do dziesięciu cm^3 ropy, wstrzykiwano od dwudziestu do dziesięciu cm^3 Rivanolu. Po czwartem nakłuciu wysłuchuje się szmer oddechowy i rzężenia. Po sześciodniowym pobycie w szpitalu wypisany, jako zdrowy.

Przypadek 5. Jochel A. 10 m.

Przyjęty do szpitala w osiemnastym dniu choroby, chorował na obustronne zapalenie płuc. Dziecko apatyczne, znaczna sinica, wybitna duszność, podczas oddychania pracuje skrzydełkami nosa. Stan ogólny bardzo ciężki. Tony serca głuche, tętno 140, ledwie wyczuwalne. Wątroba i śledziona powiększone. W moczu ślady białka. Pirquet ujemny. Po prawej stronie zapalenie płuc, po stronie lewej — zapal. opłucnej. Przy nakłuciu opłucnej wydobyto 160 cm ropy, w której znaleziono pneumokoki. Wstrzyknięto do jamy opłucnej 40 cm Rivanolu. W dalszym ciągu choroby wzmogły się objawy posocznicy, poza tem wytworzył się naciek w okolicy gruczołu przyusznego i podszczękowego i obrzęk lewej połowy szyi; wysypka septyczna na skórze. Dokonano cięcia na szyi — znaleziono ropę. W ciągu następnych dwóch dni dokonano dwukrotnie nakłucia opłucnej, wydobyto po sto — sto dwadzieścia cm^3 ropy i wstrzyknięto 40 cm^3 Rivanolu. Stan ogólny pogarszał się ciągle, wybitna sinica i duszność. W trzynastym dniu pobytu w szpitalu dziecko zmarło.

Przypadek 6. Hirsz G. 1½ l.

Przyjęty do szpitala w dwudziestym dniu choroby. Dziecko anemiczne, z objawami krzywicy. Temperatura 37,5^0, waga 7800 gramów. Stan ogólny ciężki: sinica, duszność, serce przesunięte ku stronie prawej. Tętno 120, tony głuche. W moczu ślady białka. Wątroba powiększona. Pirquet ujemny. Objawy lewostronnego zapal. opłucnej: przytłumienie znaczne oraz osłabienie oddechu po stronie lewej. Nakłucie opłucnej wykazało obecność zielonkawej ropy, w której stwierdzono pneumokoki.

W ciągu 5 dni dokonywano codziennie nakłucia z upustem od stu osiemdziesięciu do czterdziestu cm^3 i wstrzykiwano od sześćdziesięciu do trzydziestu cm^3 Rivanolu (rozczynu 1 : 1000). Ciepłota ciała opada, zjawia się szmer oddechowy i rzężenia. Na piąty dzień temperatura *ponownie podniosła* się do 39,2^0 szmer oddechowy osłabiony, szczególnie w linji pachowej. Nakłucie, wykonane w tem miejscu, dało 45 cm^3 gęstej ropy. W ciągu następnych sześciu dni znowuż codzienne nakłucia z upustem od pięćdziesięciu do dwudziestu cm^3 ropy i wstrzykiwaniem Rivanolu w rozczynie 1 : 500.

Po trzeciem nakłuciu ciepłota spadła, a po szóstem nakłuciu dziecko wypisało się do domu. Po upływie następnych czterech dni wstępuje po raz drugi do szpitala z ciepłotą 38^0. Przy badaniu stwierdzono stłumienie i osłabiony szmer oddechowy. Nakłucie stwierdziło, że ropa nagromadziła się w dużej ilości — wydobyto ją w ilości 70 cm^3.

Wśród czterech przypadków, które zakończyły się wyzdrowieniem zupełnem, na szczególną uwagę zasługuje dziecko 4-miesięczne oraz dziecko pięciotygodniowe, gdyż podług *Comby* wyleczenie ropnego zapalenia opłucnej u dzieci w tym wieku jest niemożliwe.

W przypadku piątym, który skończył się fatalnie, mieliśmy do czynienia z ciężką posocznicą, stwierdzoną już w trzecim dniu pobytu dziecka w szpitalu. Żadne inne leczenie nie mogłoby tu doprowadzić do lepszych wyników.

W przypadku szóstym wynik leczenia był ujemny. Lecz i w takim przypadku leczenie Rivanolem nie byłoby bezcelowe. Jeżeli później zajdzie potrzeba dokonania zabiegu operacyjnego, to przeprowadzone poprzednio le-

czenie Rivanolem sprzyja powstaniu warunków pomyślnych dla podjęcia zabiegu operacyjnego. A mianowicie podczas konserwatywnego leczenia ustępuje zapalenie płuc, jama wypełniona ropą ogranicza się i staje się coraz mniejszą, liczba bakteryj w ropie zmniejsza się znacznie — wszystko to w dużym stopniu polepsza szanse przyszłego zabiegu operacyjnego. Poza tem przy takiem postępowaniu można uniknąć powstawania bliznowacenia płuc, przetoki opłucnej i odmy piersiowej, na co *Rosenstein* szczególną zwraca uwagę.

Nie chcę bynajmniej na podstawie tak nikłego narazie materjału wyciągnąć wniosków ogólnych. Uważam jednak za stosowne wskazać na ten sposób leczenia, za pomocą którego możliwe jest wyleczenie ropnego zapalenia opłucnej u niemowlęcia.

DR. ROBERT FRANZ MÜLLER, radca sanit. Berlin-Charlottenburg.

PIERWSZA POMOC PRZY RAŻENIU PRĄDEM ELEKTRYCZNYM.

Referat według Ztschr. f. ärztl. Fortbildung. 1929. Nr. 5

PRZYPADKI rażenia prądem elektrycznym są o wiele częstsze niż się to naogół przyjmuje. Ze statystyki za r. 1926 wynika, że na 100.000 mieszkańców przypada 75 zakończonych śmiercią nieszczęśliwych wypadków. Jeżeli uwzględnić ogólną ilość tych wypadków w Niemczech, to okazuje się, że zginęło:

1953 wskutek przejechania, 445 wskutek zatrucia, 142 wskutek rażenia piorunem, 490 wskutek zatrucia gazem świetlnym (nie licząc samobójstw), 931 wskutek katastrof kolejowych, 392 wskutek rażenia prądem elektrycznym, 2 wskutek ukąszenia żmii.

Jeszcze liczniejsze, niż przypadki śmierci wywołane elektrycznością są zaburzenia przemijające, powstające wskutek dotknięcia się prądu elektrycznego. Naogół wchodzą tu w rachubę napięcia od 110 do 500 oraz powyżej 3,000 wolt. Niebezpieczeństwo prądu elektrycznego dla człowieka zależy jednak nietylko od napięcia, lecz również i od natężenia prądu, od drogi, którą przechodzi w ciele ludzkiem i od czasu działania. Wiele przedmiotów z życia codziennego, np. elektryczne lampy wiszące lub stojące, mogą spowodować spięcie, gdy wskutek uszkodzenia izolacji, drut wewnątrz lampki dotknie gdziekolwiek metalu. Jeżeli się stoi na dywanie, suchem drzewie lub linoleum, wówczas dzięki tego rodzaju izolacji dotknięcie takiej zepsutej lampki nie grozi żadnem niebezpieczeństwem. Jeżeli się jednak stoi na wilgotnej podłodze, a drugą ręką dotknie się metalowego przewodnika (rura wodociągowa lub od gazu, ogrzewanie centralne, telefon, radjo), wówczas, jeżeli opór skórny jest mały, prąd może nawet spowodować zejście śmiertelne. W piśmiennictwie znajdujemy opisy przypadków śmiertelnych, które

zaszły od tego, że np. osobnik, siedząc w wannie, wziął mokrą ręką źle izolowany aparat do suszenia włosów, lub ręczną lampkę.

Z doświadczeń na zwierzętach wykonanych przez *Prévosta* i *Batteli'ego* wynika, że prąd zmienny o napięciu 20—120 wolt może wskutek zaburzeń sercowych zabić psa. Wspomniana ilość wolt na oddech wpływu żadnego nie wywiera. Przy 240—600 woltach stwierdza się zaburzenia zarówno czynności serca, jak i oddychania i śmierć następuje wskutek porażenia oddychania. Prąd o napięciu powyżej 1200 wolt nie uszkadza w sposób trwały ani serca ani oddychania i udaje się rażone prądem zwierzęta przywrócić do życia, podczas gdy rażenia prądem poniżej 600 wolt są zawsze śmiertelne. Czynnościowo stwierdza się w takich wypadkach nieprawidłową akcję serca, migotanie i trzepotanie komór. Mamy tu do czynienia prawdopodobnie nie z porażeniem serca, lecz z nadmiernem wzmożeniem jego pobudliwości, doprowadzającem do 10-cio krotnego przyspieszenia skurczów, które uniemożliwia prawidłowe wypełnianie się komór. Jako granicę niebezpieczeństwa dla życia większość autorów podaje 0,02 ampera. Prąd zmienny uważa się za niebezpieczniejszy niż stały.

W razie wezwania lekarza do udzielenia pomocy w przypadku rażenia prądem elektrycznym, wszelkie rozważanie o sile napięcia, rodzaju prądu i t. d. są zbyteczne. Należy kierować się zasadą, że każdy prąd może, ale nie musi zabić. *Müller* odróżnia 3 rodzaje wypadków rażenia silnym prądem elektrycznym:

1. działanie prądu, które bezpośrednio grozi życiu lub powoduje zejście śmiertelne,
2. uszkodzenie nie grożące bezpośrednio życiu,
3. zaburzenia wtórne lub przypadkowe.

W chwili przybycia na miejsce nieszczęśliwego wypadku, lekarz zastaje zwykle ofiarę wypadku już uwolnioną z pod wpływu działania prądu; w przypadkach, w których to uwolnienie jeszcze nie nastąpiło, najlepiej jest pozostawić je technikom, lub osobom znającym dokładnie miejscowe stosunki. Rażony prądem jest przeważnie nieprzytomny i leży jak nieżywy. Całą uwagę należy skierować wyłącznie na serce i oddech. Należy bezzwłocznie zastosować sztuczny oddech i masaż serca. *Müller* uważa, że śmierć w przypadkach rażenia prądem elektrycznym powstaje wskutek ustania czynności serca, a ustanie oddechu jest objawem wtórnym. O ile serce istotnie przestało bić, choćby na przeciąg zaledwie 2 minut, wówczas o przywróceniu życia nie może już być żadnej mowy. Bez elektrokardjografu nie można jednak nigdy na miejscu wypadku z pewnością stwierdzić, czy mamy do czynienia z ustaniem czynności serca, czy z migotaniem komór. Ze względu zaś na to, że ustrój znosi ustanie akcji serca tylko na tak krótki przeciąg czasu, z drugiej zaś strony próby przywrócenia do życia często bywają uwieńczone powodzeniem, należy przyjąć, że działanie prądu doprowadza często do stanu, przy którym czynności życiowe jeszcze trwają, choć lekarz już nie jest w stanie ich wykazać. O ile się zarządzi natychmiast próby doraźnego ratunku, można w pozornie zupełnie nawet beznadziejnych przypadkach doprowadzić do prawidłowej akcji serca. Sprowadzenie specjalnych przyrządów ratowniczych powoduje zwykle zbyt wielką stratę czasu. Należy więc natych-

miast zastosować najprostszy sposób sztucznego oddychania, przyczem zarówno metoda *Silvestra* (unoszenie ramion w pozycji na wznak) jak i metoda *Schäfera* (uciskanie w ułożeniu na brzuchu), lub wreszcie jakikolwiek inny sposób postępowania są jednakowo dobre, jeżeli się je tylko prawidłowo wykona. Masaż serca polega na rytmicznem wstrząsaniu okolicy serca pięścią, przyczem jednak należy postępować ostrożnie, aby uniknąć uszkodzeń. Badania doświadczalne wykazały, że wspomniane usiłowania przywrócenia życia prowadzą z początku nie do właściwego krążenia krwi, lecz dzięki dopływowi i odpływowi krwi drażnią mechanicznie serce i ośrodkowy układ nerwowy. Stosowanie wstrzykiwań, wobec ustania krążenia i niewchłaniania się leków z miejsca wstrzyknięcia może mieć rację bytu tylko wówczas, gdy wstrzykuje się wprost do komór sercowych. Przy wstrzykiwaniu dosercowem działanie leku zostaje ponadto wzmocnione przez podrażnienie mechaniczne. *Jellinek* radzi w W. Kl. W. 1928. Nr. 22 rozpoczynać ratunek każdego rażonego prądem elektrycznym i znajdującego się w stanie nieprzytomności, od nakłucia lędźwiowego; na innem miejscu tenże autor doradza ponadto okłady z benzyny na okolicę serca. *Müller* nie wyraża swej opinji o wartości tego sposobu leczenia, z powodu braku osobistego doświadczenia.
Do drugiej grupy należą oparzenia. Napięcia o sile 15,000 wolt i powyżej ustrój częstokroć znosi bez szkody, choć zdarza się jednak, że powodują one dość znaczne okaleczenia. Działanie gorąca może być tak silnem, że topi ono poprostu kości i powstają perełki fosforanu wapnia. Rozmiary i stopień uszkodzenia ciała nie dadzą się częstokroć na pierwszy rzut oka wcale ocenić. Poza wpływami czysto termicznemi dochodzi częstokroć również i do odczynów mechanicznych, przy których współczynnik cieplny jest trudny do rozpoznania.
Do grupy trzeciej zalicza się uszkodzenia, przy których prąd elektryczny był jedynie zewnętrznym warunkiem wypadku, np. uszkodzenie wskutek upadku, oparzenia prądem w związku z krótkiem spięciem, wpływ samego przestrachu i t. d. Ludziom rażonym prądem przeważnie się zdaje, że poważnie od wypadku ucierpieli i to nawet wówczas, gdy właściwe uszkodzenia okazują się zupełnie nikłe. Chorzy tacy okazują się bardzo skłonni do szkodliwej sugestji. Pacjenci 2-ej i 3-ej grupy przeważnie żadnej doraźnej pomocy nie wymagają i należy ich oddać w ręce doświadczonych chirurgów. Żadnych wczesnych zabiegów chirurgicznych lepiej nie dokonywać.

DR. W. DAWID.

OSTRA NIEDROŻNOŚĆ JELIT (ILEUS).

Referat według Medizinische Klinik. 1929. Nr. 4

OSTRA niedrożność jelit jest chorobą należącą wyłącznie do chirurga. Wszelkie wyczekiwanie jest wielce niebezpieczne dla życia pacjenta. W przypad-

kach rozpoznania niedrożności o charakterze bardziej łagodnym (niedrożność na tle ucisku przez płyn wysiękowy, przez zgięcie wskutek zrostów, niedrożność wywołana przez obecność ciał obcych lub zastój kału) można próbować leczenia lekarstwami. Gdy jednak podawanie środków do wewnątrz nie przywróci drożności jelit w bardzo krótkim czasie, należy również i w tych przypadkach zwrócić się do zabiegu chirurgicznego. Nigdy jednak nie wolno oczekiwać zbyt długo, aż do ukazania się objawów cięższych zaburzeń. Niedrożności „łagodne" powstają zwykle nie tak nagle, jak niedrożności „groźne dla życia" (uwięźnięcie, skręt, wgłobienie). Cechami charakterystycznemi dla powolnie ujawniającej się niedrożności są: kolka kiszkowa, stawianie się jelit, kruczenie i wzdęcie. Dopiero później dochodzi do wymiotów kałowych, zatrzymania stolca, pluskania, wstrząsu, przyspieszenia tętna i zapaści. Skóra staje się zimną, bladą i wilgotną, rysy twarzy zaostrzone. Badanie rentgenowskie wykazuje jako odpowiednik wczesnego objawu pluskania obecność płynu w jelitach oraz wzdęte, zawierające gaz pętle jelit powyżej przeszkody. O ile niedrożność znajduje się w obrębie kiszek cienkich, wówczas w moczu występuje wybitnie dodatni odczyn na indykan; w przypadkach niedrożności jelit grubych, indykanurji nie stwierdza się.

Z leczniczego punktu widzenia należy zaniechać podawania do wewnątrz jakichkolwiek pokarmów. Dla złagodzenia dokuczliwego pragnienia można podawać konjak z lodem; następnie stosuje się lewatywy kroplowe z 8%-owego rozczynu soli kuchennej, lub głębokiej lewatywy (2 litry) z rozczynem soli kuchennej z dodatkiem naparu z senesu lub gliceryny i mydła. W razie obecności spraw wrzodziejących, mogą jednak wysokie lewatywy doprowadzić, wskutek rozdęcia ściany jelitowej, do jej przedziurawienia. Z tego względu lewatywy kroplowe okazują się mniej niebezpiecznemi. Oprócz szafki elektrycznej, chory otrzymuje wstrzykiwanie fizostygminy lub Hypophysiny. Również i płukanie żołądka może usunąć z ustroju pewną ilość jadów, doprowadzających do samozatrucia. O ile w ciągu najkrótszego czasu przeszkoda w przechodzeniu treści jelitowej nie zostaje usunięta, zachodzi bezwzględne wskazanie do natychmiastowego dokonania zabiegu chirurgicznego.

DR. RAFFAELE MARINOSCI, Taranto.

O STOSOWANIU OMNADINY W OKULISTYCE.

(Progressi di Terapia. 1928. Nr. 10)

STOSOWANIE Omnadiny w lecznictwie datuje się od kilku lat. Omnadinę stosuje się na szeroką skalę w medycynie wewnętrznej, zwłaszcza przy chorobach zakaźnych. Otrzymywane przy pomocy Omnadiny wyniki lecznicze okazały się nad wyraz pomyślne. W związku z doniesieniami o Omnadinie,

a zwłaszcza zachęcony pracą *Marthy Kraupa-Runk* (Klin. Monatsh. f. Augenheilkunde, 1926, zeszyt 3), *Marinosci* wypróbował Omnadinę w kilku przypadkach chorób oczu. Otrzymane pomyślne wyniki, a szczególnie zupełny brak objawów odczynu miejscowego, tak niepożądanych przy leczeniu chorób oczu, a które *Marinosci* często spostrzegał w swej praktyce przy stosowaniu preparatów białkowych, skłoniły autora do wypróbowania Omnadiny na większym materjale: przy wrzodziejącem zapaleniu krawędzi rzęsowej powiek, przy owrzodzeniach rogówki, zapaleniu tęczówki i ciałka rzęskowego, ogółem u 40 chorych. Nie licząc pojedyńczych przypadków, w których wstrzykiwania Omnadiny nie wpłynęły w wyraźniejszy sposób na przebieg choroby, osiągnięte dodatnie wyniki okazały się dostatecznie przekonywające, aby ze względu na szybkość z jaką występowały po wstrzyknięciu, można je było z dużem prawdopodobieństwem uzależnić od stosowania Omnadiny. Z pośród historyj chorób przytoczymy tu w krótkości następujące:

1). D. Renato, 10 lat, duże, środkowe owrzodzenie rogówki lewego oka z obecnością ropy w komórce przedniej, wypełniającej więcej niż połowę dolną komórki; środki miejscowe (atropina, preparaty srebrowe) w połączeniu z domięśniowemi wstrzykiwaniami mleka nie doprowadziły w ciągu 8 dni do żadnej poprawy. W ciągu następnych 6 dni wstrzykiwano choremu codziennie Omnadinę; leczenie miejscowe jak poprzednio; w 24 godziny po pierwszem wstrzyknięciu zmniejszenie ilości ropy w komórce przedniej, po upływie 4 dni ropa ustąpiła zupełnie. Jednocześnie owrzodzenie oczyściło się szybko i po 14 dniach pozostało jedynie maleńkie ośrodkowe zmętnienie.

2). C. Rossa, 48 lat. Operacja iridektomji jako wstęp do usunięcia zaćmy. Na 4-ty dzień ciężkie włókniste zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego, które w ciągu 5 dni nie okazuje skłonności do cofania się, pomimo stosowania atropiny, również w postaci proszku. Następnie leczenie Omnadiną: codzienne wstrzykiwania w ciągu 4 dni. Już od drugiego dnia rozpoczyna się poprawa; w ciągu 2 tygodni zupełne wyleczenie.

3). T. Carmelo, 28 lat; duże, środkowe owrzodzenie rogówki z silnem zapaleniem tęczówki. Poza leczeniem miejscowem (atropina, preparaty srebra, okłady), codziennie w ciągu 6 dni wstrzykiwania mleka po 5 cm^3. Gdy pomimo tego nie nastąpiła poprawa, wówczas zwrócono się do Omnadiny, którą wstrzykiwano codziennie przez 4 dni. Po 2 dniach widoczna poprawa. Wyzdrowienie po 10 dniach; pozostało jedynie nieznaczne nacieczenie, które po tygodniu ustąpiło zupełnie, zostawiając małe owalne zmętnienie o przekroju około 3 mm.

W innych przypadkach wrzodziejących gronkowcowych i paciorkowcowych zapaleń krawędzi rzęsowej powiek (Blepharitis) stosowanie Omnadiny przed swoistem leczeniem szczepionkowem znacznie skracało przebieg choroby i doprowadzało do wyleczenia o wiele prędzej niż zwykle. Osiągnięte pomyślne wyniki lecznicze, nie oparte może na dostatecznie licznym materjale, lecz zasługujące jednak na uwagę ze względu na ciężkość przypadków, skłaniają autora do uznania Omnadiny za najlepszy z pośród dozwolonych w okulistyce preparatów bodźcowych, przeznaczonych dla nieswoistego leczenia chorób oczu.

A. LANDAU, B. JOCHWEDS, K. HUMIECKI I R. PEKIELIS.

DWA PRZYPADKI WŁOŚNICY (TRICHINOSIS), LECZONE SKUTECZNIE ZAPOMOCĄ ZASTRZYKIWAŃ DOŻYLNYCH NOVASUROLU.

(Referat. Warszaw. Czasopismo Lekarskie. Nr. 20 — 1927 r.).

Z I Oddziału Szpitala Wolskiego w Warszawie (ordynator Dr. A. Landau)

PRZYPADKI włośnicy *(trichinosis)* ostatnio nie są zbyt częste dzięki wprowadzeniu ściślejszej kontroli sanitarnej nad sprzedażą mięsa wieprzowego, jednakże od czasu do czasu występują one w postaci mniejszych skupień.

W pierwszych miesiącach roku bieżącego (1927) mieliśmy właśnie do czynienia z podobnem nasileniem włośnicy. Epidemjologja i patologja włośnicy są dobrze znane i dlatego tej kwestji poruszać tu nie będziemy: natomiast lecznictwo, pomimo znacznej liczby stosowanych środków, do tej pory było całkiem niedostateczne, tak, że choroba szła własnym biegiem, a lekarz był raczej biernym jej widzem, zaś ostateczny wynik choroby w każdym poszczególnym przypadku zależny był od ilości spożytego materjału zakażonego, wieku chorego i jego ogólnej odporności. Obok przypadków ciężkich, śmiertelnych, spostrzegane są również często przypadki lżejsze, a to najprawdopodobniej zależnie od mniejszych ilości spożytego mięsa i zawartych w niem trychin.

Zarówno w cięższych, jak i w lżejszych przypadkach leczenie dotychczasowe było wyłącznie objawowe, a stosowane środki trychinobójcze (tymol, salwarsan i t. p.) na bieg choroby żadnego wpływu nie wywierały. To też uważaliśmy za właściwe podać do wiadomości ogólnej wyniki pomyślne, otrzymane w dwu przypadkach włośnicy, leczonych zapomocą zastrzykiwań dożylnych *Novasurolu*. Wzmiankę o stosowaniu *Novasurolu* we włośnicy przeczytał jeden z nas w jakiemś czasopiśmie cudzoziemskiem, nie mogliśmy jednak wzmianki tej odnaleźć, a nawet nie możemy podać, w jakim języku ona się ukazała.

Dwa przypadki włośnicy, o których mowa, dotyczą małżeństwa, które przybyło na nasz oddział szpitalny w marcu 1927 roku — w 2 (mąż) i w 3 tygodnie (żona) po spożyciu mięsa zakażonego.

W pierwszym przypadku chory przybył na oddział dość wcześnie (w dwa tygodnie po zjedzeniu szynki i na trzeci dzień gorączki i obrzęku twarzy). Zastosowane natychmiast zastrzyknięcie *Novasurolu* powoduje odczyn w postaci skoku temperatury do 40,2^0 (dnia poprzedniego — 39,4^0) oraz wzmożenia się bólów mięśniowych. Następny dzień przynosi tylko nieznaczną ulgę podmiotową; ranny poziom ciepłoty pozostaje bez zmiany (37,5^0), natomiast wieczorem temp. wynosi 38,9^0 w porównaniu z 39,4^0 z dnia, poprzedzającego zastrzyknięcie. Drugie zastrzyknięcie *Novasurolu* nie wywołuje żadnej

reakcji, ulga podmiotowa jest tym razem znaczna, obrzęk twarzy zmniejsza się wyraźnie, bóle mięśniowe łagodnieją, stolec jest bardziej spoisty, urobilinogen w moczu maleje (spadek z odczynu wybitnie dodatniego na ślad); a po dwóch dniach ciepłota zaczyna opadać i dopiero wtedy diureza wzmaga się z 950 cm^3 do 1600 cm^3. W cztery dni po zastrzyknięciu obrzęk twarzy znika zupełnie, chory czuje się zupełnie dobrze. Jedynie stan podgorączkowy trwa jeszcze około dwóch tygodni, pomimo to jednak choremu przybywa na wadze (plus 1,8 kg w ciągu 10 dni pomimo ustąpienia obrzęku twarzy i wzmożonej wydajności moczu). Pomimo szybkiego ustępowania wszystkich objawów chorobowych oraz powrotu do zdrowia, liczba leukocytów eozynochłonnych we krwi po zastrzykiwaniach *Novasurolu* nawet wzrosła, — z 30% na 50%.

Widocznie zabite przez *Novasurol* włośnice nie przestały być źródłem pewnych produktów, które są bodźcem dla powstawania leukocytów eozynochłonnych.

W drugim przypadku chora przybyła do nas w późniejszym okresie choroby, bo w trzy tygodnie po zakażeniu i w 10-tym dniu stanu gorączkowego, bólów mięśniowych i obrzęków. W tym czasie mąż jej nie miał żadnych dolegliwości, obrzęki twarzy i bóle mięśniowe przeminęły, pozostał natomiast nieznaczny stan podgorączkowy. W przypadku drugim zastrzyknięcie *Novasurolu* nie spowodowało żadnego odczynu ogólnego, ani też miejscowego; ciepłota była tylko nieco wyższa, niż wieczora poprzedniego (38,9 — 38,4°), bóle mięśniowe nie wzmogły się tak, jak to miało miejsce w pierwszym przypadku.

Wpływ zaś dodatni *Novasurolu* był szybszy i wybitniejszy, albowiem już dnia następnego ciepłota opadła zupełnie, zaś bóle mięśniowe i obrzęk twarzy ustąpiły całkowicie w ciągu dwóch dni. W dalszym przebiegu choroby ciepłota jest zupełnie prawidłowa (do 36,8°), w przeciwieństwie do pierwszego przypadku. Dopiero w ośm dni po pierwszem zastrzyknięciu wybucha nawrót choroby w postaci skoku temperatury do 38° i bólów mięśniowych. Zastrzyknięcie ponowne *Novasurolu* działa wprost magicznie: w ciągu kilku godzin ciepłota opada, wszystkie dolegliwości podmiotowe, a zwłaszcza bóle mięśniowe ustępują. Dalszy przebieg cierpienia jest znowu bezgorączkowy, chora czuje się tak dobrze, że po kilku dniach opuszcza szpital i wraca do pracy.

Dwa przypadki włośnicy, pomyślnie leczone zapomocą *Novasurolu*, nie mogą być, rzecz prosta, zbytnio uogólniane, jednak szybkie ustępowanie przy tej metodzie leczniczej wszystkich objawów chorobowych, zarówno podmiotowych, jak przedmiotowych, oraz znacznie skrócony czas trwania choroby tak dalece odbiegają od tego, co zwykliśmy spostrzegać we włośnicy, iż mimo wszystkiego narzuca się kliniczne wrażenie swoistego w niej działania *Novasurolu*.

Jaki jest mechanizm trychinobójczego działania Novasurolu? Czy działanie

jadu rtęciowego na pasorzyty jest bezpośrednie, czy też jest bardziej skomplikowane i odbywa się drogą okólną, na to pytanie nie możemy odpowiedzieć z całą stanowczością i w tej sprawie musimy się ograniczyć tylko do paru uwag natury ogólniejszej. Obraz kliniczny włośnicy całkowicie nie daje się wytłomaczyć na drodze mechanicznego uszkodzenia mięśni i wędrówki do nich włośni z jelit. Niewątpliwie wchodzą tu w grę rozmaite trucizny, powstałe, z jednej strony, jako produkty przemiany materji samych włośni, z drugiej zaś, jako produkty rozpadu atakowanych i schorzałych mięśni ludzkich. Przemiana materji włośni jest wybitnie małotlenowa, skutkiem czego wydzielają one, jak i inne czerwie jelitowe, nieobojętne dla ustroju niższe kwasy tłuszczowe (kw. masłowy, walerjanowy i t. p.) i inne niedopałki, oraz dążą do zdobycia materjału, zawierającego tlen, a materjał ten znajduje się obficie w mięśniach w postaci glikogenu. To poszukiwanie węglowodanów jest prawdopodobnie bodźcem, który pcha włośnie z przewodu pokarmowego do mięśni. Badania *Flury'ego* wykazały, iż skład mięśni we włośnicy ulega wybitnym zmianom: ilość włókien mięsnych, kreatyniny, zasad purynowych i glikogenu maleje, natomiast zawartość wody, kwasu mlecznego, lotnych kwasów i t. p. znacznie się wzmaga. Również krew we włośnicy ulega rozwodnieniu, jak również występują w niej różne produkty bliżej niezróżnicowane, a pochodzące z rozpadu mięśni. Ponieważ w okresie największego nasilenia choroby, mięśnie i krew posiadają nadmiar wody, a podobne zaburzenia w gospodarce wodnej ustroju są zasadniczym punktem uchwytu farmakologicznego Novasurolu, możnaby myśleć, iż taka jest droga skutecznego działania omawianego leku we włośnicy, a to tembardziej, iż w normalnym przebiegu włośnicy wzmożona diureza jest jednym z pierwszych objawów rozpoczynającego się zdrowienia. Czy szybkie i efektowne działanie lecznicze Novasurolu we włośnicy wynika wyłącznie z regulowania zaburzonej gospodarki wodnej, zwłaszcza w uszkodzonych mięśniach, i czy wraz z tem nie zachodzi też swoiste działanie rtęci, te pytania, jak już zaznaczyliśmy, muszą narazie pozostać bez odpowiedzi.

DR. H. FRENKLOWA.

O WŁASNOŚCIACH PRZECIWKRZYWICZYCH NAŚWIETLANEJ ERGOSTERYNY.

Referat z „Pedjatrji Polskiej" 1928 r.

PRZED trzema laty Alfred Hess i jednocześnie Steenbock stwierdzili, iż oleje roślinne, naświetlane promieniami ultrafioletowemi, nabierają własności przeciwkrzywiczych.

Odkrycie to stało się punktem wyjścia dla bardzo poważnych i mozolnych badań w Ameryce, Anglji i Niemczech, które doprowadziły do niezmiernie doniosłych wyników praktycznych.

Pierwszym krokiem na tej drodze było stwierdzenie przez Hessa faktu, iż nietylko oleje roślinne, lecz również warzywa nabierają własności przeciwkrzywiczych pod wpływem naświetlania; następnie w ten sam sposób udało się uczynnić (aktywować) mleko zwykłe i mleko sproszkowane. Zmiany, występujące w produktach spożywczych pod wpływem naświetlania, okazały się trwałe: w doświadczeniach Hessa naświetlane mleko sproszkowane, przechowywane w zwykłych warunkach, po upływie pół roku było jeszcze zupełnie czynne.

Naświetlane produkty zawierają witaminę o własnościach przeciwkrzywiczych, którą autorzy amerykańscy nazywają witaminą D. Przed naświetlaniem produkty te zawierają tylko prowitaminę — tę samą, która musi znajdować się w skórze, skoro naświetlanie dziecka tak samo leczy jego krzywicę, jak odżywianie go naświetlanemi produktami.

W dalszym ciągu tych badań okazało się (autorzy amerykańscy i angielscy: Hess, Rosenheim, Steenbock), iż podłożem, które zawiera prowitaminę w produktach, jest cholesteryna w nich zawarta. Czysta cholesteryna naświetlana ma działanie wybitnie przeciwkrzywicze: w ilości 2-ch mg dziennie leczy krzywicę doświadczalną u szczurów, a w 1½%-owej zawiesinie w oliwie, podawana w ilości 15 g dziennie, wywołuje wapnienie nasad kości i zwiększanie się odsetki nieorganicznego fosforu we krwi dzieci krzywiczych. Doświadczenia te zostały powtórzone i potwierdzone przez autorów europejskich (Györgi, Hottinger i in.). Parson spostrzegał przypadek ciężkiej krzywicy u dziecka, której nie udało się wyleczyć zapomocą tranu, a która ustąpiła natychmiast po zastosowaniu naświetlanej cholesteryny. Naogół dawki naświetlanej cholesteryny, stosowane przez różnych autorów u dzieci krzywiczych, są wysokie: np. Vollmer i Hottinger podają 2,5 g dziennie.

W związku z własnościami przeciwkrzywiczemi naświetlanej cholesteryny, starano się wyjaśnić przyczynę chemiczną tego zjawiska: badania przeprowadzone jednocześnie w Getyndze (Windaus), N. Yorku (Helss) i Londynie (Rosenheim) dały wyniki następujące: 1) aktywacja cholesteryny nie polega na zjawisku utlenienia, gdyż wszystkie produkty utlenienia cholesteryny są nieczynne, 2) aktywacja cholesteryny udaje się najlepiej w obecności tlenu (w atmosferze azotu, dwutlenku węgla i t. p.).

Jakie więc zmiany zachodzą w naświetlanej cholesterynie? Temperatura topnienia, własności optyczne i skład chemiczny pozostają niezmienione, stwierdzono natomiast ważne różnice w widmie: naświetlana cholesteryną traci zdolność pochłaniania promieni ultrafioletowych o pewnej określonej długości fal (230 — 280 millimikr.). Na tej własności zmienionego widma absorpcyjnego oparte są wszystkie dalsze badania z tej dziedziny — metodyka ta zastępuje w zupełności badania laboratoryjne i kliniczne.

Ważnym wynikiem tych badań było stwierdzenie faktu, iż aktywacja danego związku zależy od jego budowy chemicznej: musi to być związek nie nasycony. Jeszcze ważniejsze były badania, dokonane dzięki tej samej metodzie

spektrometrycznej jednocześnie przez Rosenheima w Londynie, Heilbrona w Liverpolu i Pohla w Getyndze. Z badań tych wynika, iż naświetlanie cholesteryny aktywuje nie samą cholesterynę, lecz pewne stale jej towarzyszące zanieczyszczenie, że ono jest właśnie tą prowitaminą, która pod wpływem naświetlenia staje się przeciwkrzywiczą witaminą D.

Dopiero to odkrycie wytłumaczyło niezrozumiałe przedtem fakty, jak np. to, że zapomocą naświetlania cholesteryny udawało się uczynnić tylko 1% całej substancji, że zupełnie dokładnie oczyszczona cholesteryna wogóle nie zmienia się pod wpływem naświetlania, że na tę część cholesteryny, która odrazu nie zmieniła się pod wpływem naświetlania, dalsze naświetlanie nie okazuje już żadnego działania i t. d.

Domieszką cholesteryny, która tłumaczy te wszelkie paradoksalne zjawiska, tym prawdziwym nosicielem witaminy D, jest związek pokrewny cholesterynie, należący do grupy sterolów o wzorze C_{27} H_{42} O.

W naturze sterol ten, zwany ergosterolem wzgl. ergosteryną znajduje się w większej ilości w sporyszu, od którego wziął swą nazwę (ergot po francusku sporysz), w drożdżach i innych niższych roślinach.

Jakie zmiany chemiczne zachodzą w ergosterynie pod wpływem naświetlania — niewiadomo. Wiadomo tylko, że staje się ona substancją o bardzo wybitnych własnościach przeciwkrzywiczych, działającą około 500 razy silniej od naświetlanej cholesteryny. W doświadczeniach na szczurach krzywiczych, dawki lecznicze naświetlanej ergosteryny wynosiły zaledwie 0,001 mg dziennie (Windaus, Rosenheim, Hess i t. d.), dawka profilaktyczna 0,00001 mg (Hottinger), podczas gdy dawki naświetlanej cholesteryny wahają się około 1 mg. Są to najmniejsze znane ilości witaminy o własnościach leczniczych. Próby stosowania naświetlanej ergosteryny w klinice dziecięcej są dotychczas bardzo nieliczne, gdyż preparat ten wprowadzono do lecznictwa krzywicy dopiero niedawno. Ale imponujące liczby nie zawsze są potrzebne; jako dowód skuteczności metody i tych kilkadziesiąt przypadków, w których dotychczas stosowano witaminę D u dzieci krzywiczych (Beumer-Falkenheim, György, Hottinger), najzupełniej wystarcza, jako dowód, do jak obiecujących wyników praktycznych doprowadziły te mozolne badania naukowe ostatnich 3-ch lat.

Jednym z pierwszych autorów, który ogłosił drukiem wyniki stosowania naświetlanej ergosteryny u dzieci krzywicznych, był György: stosował on ją na klinice w Heidelbergu w dwudziestu kilku przypadkach w ilości 2 — 4 mg dziennie. Dawka ta wystarczała zarówno do wyleczenia krzywicy, jak i towarzyszącej jej tężyczki, przyczem wyleczenie oznaczało ustąpienie objawów klinicznych oraz powrót zawartości fosforu i obrazu rentgenologicznego do normy. W szybkości wyleczenia zachodziły indywidualne różnice, ale zależy to również od dawkowania, przyczem należy bezwzględnie stosować dawki optymalne. W większości przypadków wyleczenie następowało po upływie mniej więcej miesiąca.

W klinice Stölznera w Królewcu stosowano naświetlaną ergosterynę u 6 niemowląt w dawkach 2 — 3 mg dziennie (Beumer-Falkenheim). I tu tempo wyleczenia było zdumiewająco szybkie: np. zawartość fosforu we krwi osiągała normę, (5 mg %) już nieraz po 10 dniach leczenia. Nie zawsze pierwsze objawy wyleczenia występują we krwi, gdyż mogą istnieć powikłania, np. przewlekła gorączka, które utrzymują zaburzenia chemizmu krwi, a mimo to może nastąpić wyleczenie zmian kostnych. Kliniczna poprawa była naogół zdumiewająco szybka: craniotabes w jednym przypadku ustąpił po 10 dniach, w 2-ch po 20 dniach i tylko w jednym później, niż po 20. Zmiany psychicznie u dzieci leczonych występowały również już po 10 dniach.

W klinice prof. Wielanda w Bazylei Hottinger stosował naświetlaną ergosterynę u 15 dzieci w dawkach od 1 do 3-ch mg dziennie. Objawy tężyczki ustępowały po 10 dniach, po 14 — ilość fosforanu we krwi osiągała normę, po 3 — 4 tygodniach stwierdzano zwapnienie nasad kości.

Podczas gdy na przytoczonych klinikach stosowano naświetlaną ergosterynę, Vollmer w zakładzie prof. Langsteina w Berlinie podawał gotowy preparat „Vigantol". Próby zostały wykonane na 20 niemowlętach (i 100 szczurach krzywiczych). Dawki — u dzieci — wynosiły od 5 do 10 mg dziennie, i tu znowu poprawa występowała już po 10 dniach, wyleczenie po 1 — 2 miesiącach, przyczem większe jednorazowe dawki działały lepiej, niż wielokrotne małe.

Krzywica i tężyczka niemowląt nie jest jedyną postacią chorobową, w której witamina D znajdzie swe zastosowanie lecznicze. Tężyczka dorosłych, osteomalacja ciężarnych i osteomalacja właściwa najprawdopodobniej będą również mogły być skutecznie leczone tą metodą. Na poparcie tego przypuszczenia można przytoczyć ciężki przypadek osteomalacji z kliniki wewnętrznej w Heidelbergu, w którym po 3-ch tygodniach stosowania 10 mg naświetlanej ergosteryny dziennie, osiągnięto zdumiewającą poprawę, oraz dwa analogiczne przypadki, spostrzegane przez Hittlingera.

Niewątpliwie witamina D znajdzie również zastosowanie w profilaktyce krzywicy, przez podawanie naświetlanej ergosteryny matkom podczas ciąży i karmienia.

Reasumując wyniki prac nad naświetlaną ergosteryną, musimy dojść do wniosku, że znaczenie praktyczne tych badań jest niesłychanie doniosłe. Od czasu zastosowania po raz pierwszy lampy krzemowej nie było w lecznictwie krzywicy równie wielkiego kroku naprzód.

DR. J. GOLDSTEIN,

I-a uniwersytecka klinika lekarska w Wiedniu.

ROZMIĘKCZENIE KOŚCI U MĘŻCZYZNY A VIGANTOL.

(Referat według W. kl. W. 1929. Nr. 7)

NAŚWIETLANA ergosteryna okazała się skuteczną nietylko przy leczeniu krzywicy dziecięcej, lecz stosowanie jej dawało pomyślne wyniki również i przy rozmiękczeniu kości, krzywicy późnej i złamaniach kości. *Goldstein* spostrzegał przypadek rozmiękczenia kości u mężczyzny, którego historję choroby w krótkości poniżej przytaczamy:

J. R., 65 lat; w 18-ym roku życia kiła. Od 5 lat bóle w krzyżu, ramionach i nogach. Wzrost chorego stawał się stopniowo coraz mniejszy, kościec zaś ulegał wyraźnemu skrzywieniu. Od roku zachodzi konieczność cewnikowania. Od kilku tygodni kurczowe bóle w obu udach, bóle przy każdem poruszeniu się. Od 8 dni niezdolność do pracy i silne bóle nawet przy leżeniu w łóżku. Badanie przedmiotowe wykazuje znaczną bolesność całego kośćca, zwłaszcza w obrębie miednicy, kości krzyżowej i ud i to zarówno samoistną, jak i przy ucisku i ruchach. Stwierdza się znaczne łukowate wygięcie kręgosłupa w średniej i dolnej części klatki piersiowej, skoliozę lewostronną i znaczną lordozę wyrównawczą w części lędźwiowej. Klatka piersiowa bardzo zniekształcona. Dołki łopatkowe asymetryczne. Odległość między dolnym łukiem żebrowym i grzebieniem kości biodrowej wynosi zaledwie 2 szerokości palca. Miednica poddaje się przy ucisku i jest nadzwyczaj bolesna. Wybitny przykurcz mięśni przywodzących uda. Na lewym krętarzu wielkim ekzostoza. Czaszka nigdzie nie jest wrażliwa na uderzanie i ucisk. Zupełny brak uzębienia.

Rozpoznanie kliniczne rozmiękczenia kości zostaje potwierdzone przez badanie rentgenowskie. Zawartość wapnia w surowicy krwi była prawidłowa. Środki przeciwbólowe uśmierzają cierpienia chorego jedynie przejściowo. W ciągu 8 dni chory otrzymuje tran z fosforem. Stan przedmiotowy pozostaje jednak bez zmiany, jedynie bóle zmniejszyły się nieznacznie. Następnie w ciągu 14 dni podawano choremu Vigantol oraz dla zwalczania utrzymującej się ciągle biegunki, makowiec; jako środek przeciwbólowy 3 razy dziennie po 0,3 g Melubriny. W piątym dniu stosowania Vigantolu rozpoczęto naświetlania klatki piersiowej lampą kwarcową. Po 14 dniach leczenia Vigantolem bóle złagodniały znacznie i chory był znowu w stanie poruszać się. Vigantol poprawił tak dalece ogólny stan pacjenta, że mógł on sam wstawać, opuszczać łóżko i nawet chodzić. Bóle samoistne i wrażliwość na ucisk kości i mięśni zniknęły prawie zupełnie, podobnież ustąpiło i napięcie mięśni przywodzących uda. Również i psychicznie chory ożywił się znacznie. W końcu 5-go tygodnia leczenia Vigantolem chory został wypisany jako wyleczony. Późniejsze badania kontrolne wykazały trwałe utrzymywanie się dobrego stanu zdrowia.

Mieliśmy więc w powyższym przypadku do czynienia z rzadką postacią rozmiękczenia kości u mężczyzny, które trwało już od wielu lat i postępowało coraz bardziej. Pomimo jednak, że choroba była już bardzo posunięta, udało się przy pomocy podawania witaminy D i naświetlania osiągnąć znaczną poprawę, graniczącą z odzyskaniem zdrowia. Podczas gdy leczenie tranem wy-

magało dla osiągnięcia poprawy wielu miesięcy, Vigantol w połączeniu z naświetlaniem dał znakomite wyniki już w ciągu 4 tygodni. Szkodliwego wpływu Vigantolu nawet przy podawaniu dużych dawek (2 × 25 kropel) nie spostrzegano wcale.

S. W. PATTERSON, M. D. MELB, D. Sc. M. R. C. P. LOND,

Ruthin Castle (Walja północna).

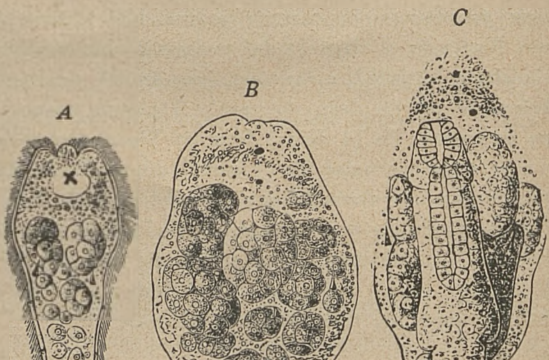
PRZYPADEK ZAKAŻENIA CZŁOWIEKA MOTYLICĄ.

(Referat według Lancet 1928 r. II. Nr. 25)

MOTYLICA (Fasciola Hepatica) jest u człowieka bardzo rzadkim pasorzytem. W piśmiennictwie (*Braun-Seifert:* Tier. Paras. d. Mensch. 1915) opisano do r. 1915 zaledwie 28 przypadków, w których postawiono rozpoznanie na sekcji. Pierwszy przypadek, który dotyczył pewnej kobiety z Berlina, opisał *Pallas* w r. 1760. Zakażenie było bardzo łagodne i poza nieznacznemi objawami ubocznemi autor nie stwierdził żadnych szczególnych oznak. W innych przypadkach zakażenie było tak ciężkie, że doprowadzało do zejścia śmiertelnego.

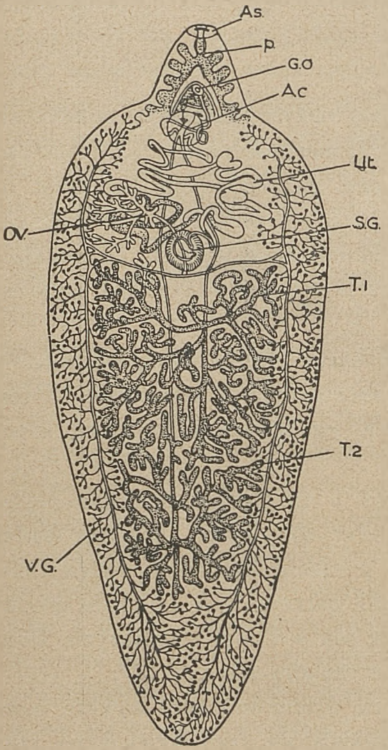
Objawy — powiększenie i bolesność wątroby — wskazywały na chorobę tego narządu. Jedynie w 3 z pośród 16 przypadków opisanych do r. 1902 (*Duffek*, W. kl. W. 1902. tom 15.) stwierdzono żółtaczkę. — W poniższym przypadku sprawa dotyczyła 43-letniego mężczyzny, który uprzednio nigdy żadnych cięższych chorób nie przechodził.

Pierwsze objawy chorobowe w postaci dreszczów i gorączki ukazały się w listopadzie 1927 r. Ciepłota z rana była prawidłowa, a pod wieczór podnosiła się do 39,5 — 40°; w nocy chory pocił się bardzo. Chory skarżył się na przykre uczucie w górnej części brzucha, które nie zależało od przyjmowania pokarmów i na kurczowy kaszel doprowadzający czasami nawet do wymiotów. Chory przybył do szpitala w Liverpoolu, gdzie poza leukocytozą (18,000 ciałek białych w mm^3) i eozynofilją wynoszącą 62% (11,000 w mm^3) nie stwierdzono nic szczególnego. Ciepłota opadła do normy, niemiłe jednak uczucie istnienia choroby w jamie brzusznej trwało nadal, a poza tem chory dostawał od czasu do czasu ciężkich napadów kolki kiszkowej.



Rozwój Fasciola hepatica L. A.: Miracidium w przekroju optycznym z zarodnikami i dwoma rzęskami. B. Młoda sporocysta z zarodnikami. C. Sporocysta z redjami. (Według *Leuckarta*.) Powiększenie.

Żółtaczki nie było. Szczegółowe badanie kliniczne dokonane w początku 1928 r. nie wykazało żadnych odchyleń od normy, jedynie we krwi stwierdzono leukocytozę 14,700 w czem 6,200 (42%) komórek eozynofilowych. Badanie rentgenowskie nie dało wyniku, jedynie pęcherzyk żółciowy nie był prawidłowo wypełniony i słaby cień był jakby nakrapiany. Wodnisty stolec (po podaniu soli czyszczącej) zawierał liczne jaja Fasciola hepatica. Chorego leczono wyłącznie środkami wewnętrznemi. Odpływ żółci pobudzano przez podawanie siarczanu magnezu (3,5 cm³ 50%-owego rozczynu rano naczczo dwa razy na tydzień), poza tem stosowano wzrastające dawki heksametylenotetraminy z sodą oraz dożylne wstrzykiwania Stibosanu. Dolegliwości chorego ustąpiły szybko i pacjent czuł się dobrze. Krew natomiast ciągle jeszcze wykazywała znaczną eozynofilję, a w stolcu, gdy badano przy pomocy metod wzbogacających osad, znajdywano zawsze jaja pasorzyta.



As = przedni ryjek ssący, P = Pharynx, G. o. = otwór płciowy, Ac = Acetabulum, (ssawka centralna), Ut = macica, Ov = jajnik, S. G. = gruczoł szalkowy, T = jądro, V. G. = gruczoły żółtkowe. Według *Brumpt'a* Précis de Parasitologie.

Data	Ciałka białe	Eozynochłonne		Jaja w kale
1927	w 1 mm.³	%	w 1 mm.³	
6. 12.	18.000	62	11.000	
1928				
5. 1.	14.700	42	6 200	++++
16. 1.	9.400	30	2.800	+++
28. 1.	9.000	22	2.000	+++
10. 2.	6.400	10	640	++
19. 2.	5.100	13	660	++
26. 2.	6.800	4	272	++
11. 3.	6.800	9	612	+
25. 3.	12.000	16	1.920	+
4. 4.	10 000	8	800	+
2. 5.	8.800	10	800	+
16 5.	8.800	7	600	+
8. 8.	8.000	4	320	—

Jak już wspominaliśmy wyżej, rozpoznanie w poprzednio opisanych przypadkach było stawiane dopiero na sekcji. Jaja pasorzyta można jednak znaleźć w kale, jak np. w opisanym przez *Warda* przypadku, dorosłe zaś pijawki zostają widocznie strawione podczas ich przejścia przez jelita. *Clark* znalazł Fasciola hepatica w ropie podczas operacji ropnego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wytwarzanie dopełniacza stwierdzano przy istnieniu zakażenia motylic u owiec, odpowiednich jednak badań u człowieka dotychczas nie dokonywano. W powyżej opisanym przypadku objawy wskazywały na zapalenie woreczka żółciowego z napadami podobnemi do kolki; znalezienie w kale charakterystycznych jaj pasorzyta wyjaśniało dostatecznie zarówno nieprawidłowy stan pęcherzyka żółciowego jak i eozynofilję. Kształt jaj był owalny, długość ich wynosiła 140 — 160, szerokość zaś 80 *u*.

DR. GIUSEPPE HALFER,
z Kliniki chorób dziecięcych królewskiego Uniwersytetu w Padwie.

W SPRAWIE LECZENIA NIEDOKRWISTOŚCI PRZY GRUŹLICY I KRZYWICY.

(Referat według La Fiaccola. 1928).

HALFER wstrzykiwał podskórnie 20 niedokrwistym dzieciom codziennie w ciągu miesiąca 1 cm^3 1%-wego rozczynu Tonophosphanu. (Sól sodowa kwasu dwualkyloaminoarylofosfinowego). Przed rozpoczęciem leczenia, po upływie 2 tygodni, oraz po ukończeniu kuracji, t. zn. po 30 wstrzyknięciach Tonophosphanu, badano dokładnie krew. Z badań tych wynika, że pozajelitowe stosowanie organicznych przetworów fosforu (Tonophosphan) wywiera znaczny wpływ również i na szpik kostny.

U wszystkich chorych, za wyjątkiem dwóch dotkniętych gruźlicą prosówkową, stwierdzono znaczny wzrost liczby krwinek czerwonych i zawartości hemoglobiny. Jednocześnie obserwowano przybytek na wadze i poprawę stanu ogólnego.

Tonophosphan wywierał wyraźny wpływ nawet i na ciężkie postacie niedokrwistości, które się tak często spostrzega przy krzywicy. Według badań *Halfera*, dotyczących 15 chorych ze złośliwą postacią krzywicy, zwiększenie się ilości krwinek czerwonych pod wpływem 30 wstrzykiwań Tonophosphanu było u chorych krzywiczych nawet znaczniejsze niż u dzieci gruźliczych. Również i zawartość hemoglobiny wzrosła w znacznym stopniu.

Ze spostrzeżeń tych wynika, że u anemicznych dzieci możemy zawsze oczekiwać od Tonophosphanu pomyślnego zadziałania na stan krwi i na stan ogólny.

DR. BERTA ASCHNER,
Poliklinika powszechna, Wiedeń.

PRZYCZYNEK DO LECZENIA OTYŁOŚCI.

(Referat według Klin. Wo. 1928. Nr. 47).

U PEWNYCH otyłych chorych stwierdza się nieprawidłowe zatrzymywanie wody i soli w tkance tłuszczowej. Z tego względu proponowano dla tej postaci chorobowej określenie: hydrolipomatozy *(Bauer)* lub otyłości solnowodnej *(Zondek).* Dla leczenia tego cierpienia *Isaac*, *Eppinger* i *Kisch* zalecali jako środek moczopędny Novasurol. Również i *Berta Aschner* otrzymywała przy pomocy Novasurolu względnie Salirganu zadziwiające wyniki nawet w tych przypadkach, w których wszelkie inne zabiegi lecznicze jak dieta, ruch, preparaty tarczycowe i wstrzykiwania mleka pozostawały zupełnie bez

wpływu. Volhard otrzymywał utratę wagi w bardzo prosty sposób zapomocą t. zw. uderzenia wodnego, to znaczy przez nagłe obarczenie ustroju znaczną ilością wody.

Chorzy otyli z zatrzymaniem wody i soli odpowiadali na to gwałtowne dostarczenie im znacznej ilości wody bez soli nadmiernem wydalaniem wody, tak, że w wyniku ostatecznym po 24 godzinach stwierdzano często znaczne zmniejszenie wagi. Nawet otyli, kórzy przy próbie wodnej *Volharda* wykazywali opóźnione wydalanie wody i w ciągu pierwszych 4 godzin zamiast conajmniej całej wypitej ilości wody wydalali zaledwie $^2/_3$ przyjętego płynu, — otóż nawet ci chorzy wydali w ciągu następnych 24 godzin diety suchej ilość moczu znacznie większą niż ogólna ilość wypitego płynu. Również zwiększone było i wydalanie wody przez skórę.

Jedynie u 2 z pośród 11 chorych, którzy wczesnym rankiem, leżąc jeszcze w łóżku wypili naczczo $1^1/_2$ litra wody lub niesłodzonej herbaty, następnie przez 4 — 5 godzin nic nie jedli, a później spożywali pokarmy możliwie mało drażniące, waga pozostała bez zmiany; u pozostałych 9 chorych stwierdzono w ciągu 24 godzin wyraźny ubytek na wadze wynoszący od 400 do 2500 g. U sześciu chorych zmniejszenie wagi wynosiło conajmniej 1000 g. Niektórzy reagowali na uderzenie wodne nawet wydatniej niż na domięśniowe wstrzykiwania przetworów rtęciowych. Jedna chora, reagująca szczególnie pomyślnie na uderzenie wodne, utraciła z początku podczas pobytu w klinice 4 kg, a następnie w ciągu $2^1/_2$ tygodni (chora przeprowadzała u siebie w domu raz na tydzień uderzenie wodne) — jeszcze 6 kg. Gdy jednak chora zaniechała tego sposobu leczenie i poczęła znowu spożywać solone pokarmy, waga jej wzrosła w ciągu 3 tygodni o 8 kg. Ten przybytek na wadze udało się jednak znowu stracić z chwilą powrotu do dawnego sposobu postępowania. Przeprowadzenie więcej niż jednego uderzenia wodnego na tydzień autorka uważa za niewłaściwe. Jest rzeczą oczywistą, że uderzenie wodne nie działa tak pomyślnie we wszystkich przypadkach otyłości; u niektórych jednak chorych udało się osiągnąć trwałą poprawę.

DR. HENRYK HAESER,

(Podręcznik historji medycyny).

T R Ą D.

HISTORJA trądu jest tak starą jak wogóle historja ludzkości; już w biblji znajdujemy liczne wskazówki o tej chorobie i podział jej na różne postacie. I już Mojżesz uważał odosobnianie trędowatych za rzecz konieczną. Wydaje się, że również i w Grecji choroba była doskonale znana; tak np. nazwa miejscowości Lepreon w Elisie miała jakoby pochodzić od trędowatych, którzy się tam osiedlili. *Hippokrates* i *Arystoteles* byli doskonale z trądem obznaj-



Przegląd trędowatych 1517 r.

mieni. Doniesienia o pierwszem ukazaniu się trądu we Włoszech należy przyjmować z ostrożnością. Istnieje np. notatka *(u Plinjusza)*, że trąd został zawleczony do Włoch dopiero przez Legjony *Pompejusza*, jednak już *Plutarch* przeczy temu doniesieniu *Plinjusza*, podając, że postacie trądu przebiegające ze słoniowacizną były znane we Włoszech już za czasów *Asklepjadesa*.

Z okresów późniejszych zachowało się o trądzie bardzo mało wiarogodnych opisów; niektóre cenne, naukowe prace o trądzie, jak np. praca *Themison'a*, zostały zagubione. Wydaje się, że lekarze z czasów cesarzy rzymskich nie ujmowali jeszcze dostatecznie ściśle pojęcia trądu i przyjmowali każdą słoniowaciznę za trąd i naodwrót. Do najlepszych opisów zalicza się praca *Rufusa*, który opisuje postać Lepra mutilans i ze względu na jej niewyleczalność porównywa ją z rakiem. Również zasługują na uwagę szczegółowe opisy *Philumenusa* (około 50-ego roku po N. Chr. P.). *Areteus* opisuje środki lecznicze jakich używali przeciwko trądowi Celtowie, a *Eleuterus*, biskup z Doornik, zmarły w r. 523, miał jakoby wyleczyć pewnego trędowatego. W czasach *Grzegorza z Tours* (około r. 560) miały już istnieć we Francji trędowiska. Wśród Langobardów trąd z pewnością nie był rzadką chorobą. Król *Rothar* nakazał w siódmym wieku przeprowadzenie izolacji trędowatych. U Franków za czasów panowania *Pipina* (r. 757) trąd jednego z małżonków był uważany za dostateczny powód do rozwodu, kościół jednak nie podzielał tego poglądu. Zwiększenie się ilości trędowatych w Hiszpanji uzależniano od napadów arabów w 8-ym wieku. W następnych stuleciach doniesienia o trądzie stają się coraz rzadsze, nie jest to jednak, według *Haesera*, dostateczną podstawą do poglądu, że natężenie epidemji zmniejszyło się. W 11-em stuleciu stwierdza się znowu większe rozpowszechnianie się choroby, co zależało może od rozpoczynających się wówczas pochodów krzyżowych. Trąd stał się pośród uczestników wypraw krzyżowych chorobą tak częstą, że musiano zakładać specjalne schroniska dla trędowatych. Powstał zakon rycerzy Św. Łazarza, który opiekował się trędowatymi. W r. 1300 rozpowszechnienie zarazy osiągnęło swój najwyższy szczyt, następnie epidemja poczęła stopniowo słabnąć coraz bardziej i ku końcowi 16-go wieku trąd



Pochód trędowatych Vischer 1608 r.

jako chroniczna klęska społeczna znika w Europie środkowej prawie zupełnie. Jest, oczywiście, rzeczą trudną do stwierdzenia, czy wszystko to, co w średniowieczu nazywano trądem, było nim istotnie. Nie ulega prawie wątpliwości, że wiele przypadków zołzów, a może i objawów kiłowych rozpoznawano wówczas jako trąd.

Zakaźny charakter trądu był znany już od najdawniejszych czasów i tem się tłumaczy zakładanie schronisk, przeznaczonych dla zamieszkania wyłącznie przez trędowatych. Trędowiska w Hiszpanji, z których pierwsze założył *Cyd* w r. 1607, nazywały się leprosorja, maladrerje, malanterje, ladrerje, messellerje; we Włoszech nazywano je lazaretti, a w Niemczech schroniskami dla nieuleczalnych. Za Ludwika VIII istniało jakoby we Francji, która zajmowała wówczas obszar o połowę mniejszy niż obecnie, 2000 trędowisk. Poza temi wielkiemi trędowiskami, poszczególne gminy wiejskie posiadały również mniejsze schroniska dla dotkniętych zarazą. Rozpoznanie trądu stawiali odpowiednio wyszkoleni przysięgli znawcy tej choroby. Jest rzeczą zrozumiałą, że częstokroć powstawały przytem spory na tle rozbieżności poglądów lub wątpliwości co do uprawnienia danej osoby do stawiania rozpoznania. Przykładem takiego zaciętego sporu może być sprawa, jaka się toczyła między miastem Recklinghausen i kolońskim Wydziałem lekarskim. Miasto to wysłało w r. 1527 pewnego chorego nazwiskiem Moseler, podejrzanego o trąd, do kie-

rownika szpitala w Kolonji, który przyjmował trędowatych. Wbrew jednak wyraźnemu poruczeniu Moseler zwrócił się do Wydziału lekarskiego uniwersytetu kolońskiego, który wystawił Moselerowi świadectwo zdrowia i uznał podejrzenie o trąd za zupełnie nieuzasadnione. Miasto jednak Recklinghausen zaskarżyło kompetencję uniwersytetu i w ten sposób rozpoczął się długotrwały spór. Coprawda miasta Wesel, Dortmund i Essen orzekły, że i one przedstawiały zwykle podejrzanych o trąd do zaopinjowania kierownikom przytułków dla nieuleczalnie chorych, magistrat jednak Kolonji stanął po stronie profesorów, których opinję uznał za całkowicie miarodajną i nie przyznał t. zw. „przysięgłym rzeczoznawcom" wyłącznego przywileju rozstrzygania w przypadkach podejrzanych o trąd. Trędowaci nosili specjalne ubrania, przeważnie czarny płaszcz, czasem z herbem miasta lub z 2 białemi rękami wyszytemi na piersi lub kapeluszu. Do tego stroju należała jeszcze t. zw. grzechotka Łazarza oraz kij. Zapomocą grzechotki trędowaci zwiastowali swe zbliżanie się, a kijem wskazywali rzeczy, które pragnęli otrzymać. We Francji uznanie człowieka za trędowatego było zwykle połączone z uroczystością kościelnego pochowania osobnika. Ksiądz nakazywał przytem choremu, aby omijał kościoły, młyny, piekarnie, rzeki i źródła. Na zakończenie rzucano jak na pogrzebie ziemię na nogi trędowatego, który uchodził już za zmarłego. Rozpacz skłaniała często trędowatych do urządzania tajnych spisków, jak podają, czasem w porozumieniu z żydami. W każdym razie za czasów *Filipa Pięknego* trędowatych w znacznej ilości palono. Nie wszędzie jednak los trędowatych był tak pożałowania godny; wolno im było żebrać, a to dawało czasem tak znaczne dochody, że skłaniało nawet niektórych zdrowych do przywdziania ubioru trędowatych, gdyż wówczas wolno im było bezkarnie żebrać. Najwcześniej wyginął trąd we Włoszech, następnie we Francji, najpóźniej w Holandji i w północnych Niemczech. We Włoszech w r. 1490 trąd należał już do takiej rzadkości, że zakon Św. Łazarza przestał istnieć i połączył się z zakonem Św. Jana. Zdaje się, że najdłużej utrzymały się przypadki trądu w Szwajcarji.



Święta kąpie trędowatego Burkmair

Obecnie trąd stwierdza się w Europie jedynie w pojedyńczych przypadkach:



Trędowaci w tryumfalnym pochodzie śmierci Andrea di Cione † 1376

na północy i na południowo-wschodnich wybrzeżach. *G. Stricker* w swym podręczniku chorób podzwrotnikowych podaje, że ogniska trądu istnieją obecnie jeszcze w północno-zachodniej części Skandynawji, w Finlandji, w dawnych nadbałtyckich krajach Rosji, w Islandji i Grenlandji. Poza tem istnieją niewielkie ogniska nad dolnym Dunajem, w Mołdawji, Turcji i Grecji; następnie w północno-zachodniej i południowej Francji, na Riwierze i na zachodniem wybrzeżu hiszpańsko-portugalskiem. Trędowaci, których się czasami spotyka w wielkich miastach europejskich, pochodzą bez wyjątku z wymienionych okolic, w których trąd jednak jeszcze się zdarza.

DR. BALINT Géza, Poliklinika hrabiego Apponyi, Budapeszt.

O STOSOWANIU MITIGALU W CHOROBACH SKÓRNYCH.

(Referat według Börgyógyászati Venerologiai és Urologiai Szemle Nr. 12 — 1928 r.).

ORGANICZNY związek siarki, Mitigal (dwusiarczek dwumetylenu-dwufenylu), stosuje się w recepturze dermatologicznej już oddawna, gdyż okazał się doskonałym środkiem przeciwpasorzytniczym. Mitigal nie powoduje na skórze żadnych objawów zapalnych i nawet najwrażliwsza skóra znosi go doskonale. Przy leczeniu Mitigalem świerzbu okazało się, że tak często współistniejące

przy tem sprawy ropne: liszajce, ropne zapalenia skóry, czyraki i t. d., a zwłaszcza moknące, swędzące liszajcowate sprawy zapalne goiły się bardzo szybko. Powyższa właściwość Mitigalu skłoniła *Galinta* do wypróbowania tego leku nietylko przy świerzbie, lecz również i przy innych wywołanych przez zarazki ropotwórcze chorobach skórnych. Poniżej przytaczamy krótkie wyciągi z niektórych historyj chorób:

1). K. J., zamężna, 35 lat. Skóra grzbietowej powierzchni lewej ręki przekrwiona, moknąca, pokryta strupami. Dokuczliwe swędzenie. Rozpoznanie: Impetigo eczematiformis. Leczenie: opatrunek z Mitigalu od 13.XI. dwa razy dziennie. 15.XI. moknięcie skóry mniejsze, wytwarzanie strupów ustało; 17.XI. skóra sucha; 20.XI. swędzenie i przekrwienie zniknęło zupełnie; 25.XI. wyleczenie.

2). P. L., pomocnik fryzjerski, lat 36. Od pół roku na karku na owłosionej części skóry w miejscach odpowiadających torebkom włosowym ropne krosty wielkości główki od szpilki, a nawet grochu. Rozpoznanie: Folliculitis nuchae. Leczenie: od 16.XI. dwa razy dziennie opatrunki z Mitigalu; 19.XI. objawy zapalne i nacieczenia znacznie mniejsze; 23.XI. większa część ognisk zniknęła zupełnie, powstały jednak jeszcze nowe; 26.XI. również i nowe ogniska zaczynają się goić; 30.XI. wyleczenie.

3). Sz. J., lat 21. Od 3½ lat pryszczycowate zapalenie na lewej brodawce piersiowej; leczenie wpływało dodatnio na sprawę chorobową, nie było jednak dotychczas w stanie doprowadzić do zupełnego wyleczenia. Przed 2 laty poród, podczas ciąży sprawa wygoiła się, pod wpływem zaś karmienia wystąpił nawrót. Rozpoznanie: Eczema mammae. Leczenie: od 23.XI. wcierania Mitigalu 2 razy dziennie oraz opatrunek; 26.XI. wytwarzanie strupów ustało, zmiany zapalne i moknięcie znacznie mniejsze; 12.XII. wyleczenie z pozostawieniem brunatnego zabarwienia.

4) Służąca lat 23. Pityriasis versicolor od 1½ roku. Leczenie: wcierania Mitigalu raz dziennie; 22.XI. po jednem zaledwie wcieraniu łuszczenie i swędzenie ustąpiło zupełnie, zabarwienie zbladło; 26.XI. pasorzyty nadal obecne; 28.XI. białe plamy zniknęły i obecności grzybków nie stwierdzono; 3. XII. wyleczenie.

5) Akuszerka, 48 lat. Na czole i na owłosionej części głowy liczne otoczone obwódką zapalną i pokryte czerwono-brunatnemi strupami ogniska ropne wielkości grochu lub fasoli. Rozpoznanie: Acne necroticans; leczenie: od 22.XI. dwa razy dziennie wcieranie Mitigalu; 26.XI. ropienie ustało; 12,XII. wyleczenie z pozostawieniem małych blizn.

Pomyślne więc działanie Mitigalu nie zawiodło ani razu i było nad wyraz zadowalniające zarówno przy liszajcowatych pryszczach jak i przy zapaleniach torebek włosowych. Pomyślny wpływ Mitigalu na pryszczycę, zwłaszcza podostrą lub liszajcowatą okazywał się poprostu zdumiewający. Na uwagę zasługiwało również doskonałe działanie na sprawy moknące i swędzące. Jedno jedyne wcieranie Mitigalu okazało się częstokroć zupełnie wystarczające dla usunięcia swędzenia i sączenia pryszczy.

DR. H. MAYRHOFER, III oddział wewnętrzny szpitala Wilhelminy w Wiedniu

O WPŁYWIE PYRAMIDONU NA STANY PODGORĄCZKOWE.

(Referat według Wien. Klin. Wo. Nr. 4 — 1929 r.)

PRZEWLEKLE przebiegających stanów podgorączkowych niewolno uważać bez zastrzeżeń za dowód istnienia gruźlicy płuc. *Mayrhofer* jest nawet zdania, że o ile dokładne badanie nie wykazuje żadnych danych dla rozpoznania gruź-

licy płuc, ciepłotę taką można uważać za prawidłową dla danego osobnika. *Holló* wielokrotnie wykazywał, że podwyższona ciepłota gruźlików łatwo poddaje się działaniu środków przeciwgorączkowych. *Mayrhofer* sprawdzał słuszność tego twierdzenia na 110 dzieciach ze stanem podgorączkowym, którym bez względu na stan ich płuc podawał Pyramidon; maksymalna dawka dobowa wynosiła 1 g. Już po krótkim czasie obserwacji można było podzielić pacjentów w stosunku do ich reagowania na Pyramidon na 2 grupy. U 40 chorych ciepłota opadała wyraźnie już przy małych dawkach Pyramidonu, u 70 pozostałych albo nie udawało się wcale obniżyć temperatury, albo opadała ona powoli i to dopiero po dużych dawkach. U wszystkich bez wyjątku 40 chorych, którzy tak łatwo reagowali na Pyramidon, stwierdzono niewątpliwie cechy istnienia gruźlicy płuc, u 24 znaleziono nawet w plwocinie prątki Kocha. U 70 zaś chorych, którzy pod względem obniżenia ciepłoty reagowali na Pyramidon bardzo słabo, zarówno badanie kliniczne jak i rentgenologiczne nie dostarczyło żadnych danych, któreby przemawiały za istnieniem cierpienia gruźliczego. Badanie wykazało więc, że stany podgorączkowe ze stwierdzonem ogniskiem gruźliczem reagują na podawanie Pyramidonu przez obniżenie ciepłoty, podczas gdy chorzy podgorączkowi z podejrzanemi coprawda wywiadami, lecz z ujemnym wynikiem badania przedmiotowego, okazują się na działanie Pyramidonu odporni. Gruźlica krwiopochodna i suchoty prawdziwe, zachowały się w stosunku do Pyramidonu zupełnie jednakowo. Ze względu więc na ujemny odczyn wspomnianych 70 chorych na działanie Pyramidonu, należało ich uznać za zdrowych na płuca pomimo wskazujących w przeciwnym kierunku wywiadów.

Mayrhofer, opierając się na tych spostrzeżeniach, dochodzi do wniosku, że wszystkie podwyższenia ciepłoty, które obniżają się pod wpływem podawania małych dawek Pyramidonu, nie należy uważać za normalne i to bez względu na to, czy wahają się one poniżej czy powyżej 37^0; wszystkie zaś stany podgorączkowe, które nie poddają się działaniu Pyramidonu, czyli zachowują się jak temperatura ludzi zdrowych, uznaje on za niezależne od zaburzeń chorobowych.

Opisana powyżej nowa próba pyramidonowa może się okazać pomocniczą przy rozpoznawaniu gruźlicy płuc. Korzystając z niej, można wykluczyć wszystkie te stany podgorączkowe, które uchodzą za gruźlicę płuc tylko dlatego, że przy podejrzanych wywiadach wykazują jednocześnie podwyższenie ciepłoty.

DR. CHR. SCHMIDT, Szkoła położnych i klinika ginekologiczna w Hannowerze.

NOVALGINA JAKO ŚRODEK DLA ŁAGODZENIA BÓLÓW PORODOWYCH.

(Referat według D. m. W. Nr. 4 — 1929 r.)

NA posiedzeniu hamburskiego towarzystwa przyrodników w r. 1928 *Rissmann* doniósł w krótkości o stosowaniu Novalginy jako środka łagodzącego bóle

porodowe. Novalgina odpowiada w zupełności wymaganiom, które należy stawiać lekom stosowanym podczas porodu: uśmierzania bólów bez większego zadziałania na czynność kurczową i bez szkodliwego wpływu na matkę i dziecko. Doskonała tolerancja Novalginy pozwala na jej stosowanie nawet w tych przypadkach, w których los dziecka wydawał się zagrożony ze względu na osłabienie tonów sercowych płodu. Przeciwbólowe działanie Novalginy polega, prawdopodobnie, na jej wpływie na ośrodkowe odczucie bólu. Stosowanie jej jest przeciwwskazane jedynie przy ciężkich uszkodzeniach wątroby. Na krążenie i nerki Novalgina wcale nie działa. Środek wstrzykiwano przedewszystkiem w okresach rozwarcia macicy i wydalania płodu; za wyjątkiem wpływów czysto psychicznych, które okazują się, jak wiadomo, bardzo ważne, żadnego innego leczenia lekarstwowego nie stosowano. Dotychczas leczono Novalginą 100 kobiet. W okresie rozwierania wstrzykiwano domięśniowo 1 cm^3, a po 2 — 3 godzinach jeszcze jeden cm^3. Osiągano w ten sposób stan senności, bez tego jednak, aby czynność porodowa ustawała. Postępując w ten sposób, udawało się położnicom bardzo wyczerpanym zapewnić w ciągu nocy kilka godzin spokoju, przyczem w odróżnieniu od morfiny, dziecko żadnego uszczerbku nie doznawało. W okresie wydalania wciąga się do strzykawki 2 cm^3, przyczem 1 cm^3 powoli wstrzykuje się dożylnie, a drugi zaraz po pierwszym domięśniowo. Osiąga się w ten sposób szybkie wystąpienie działania, a w chwili, gdy wyczerpuje się już wpływ Novalginy wstrzykniętej dożylnie, zaczyna się działanie wstrzyknięcia domięśniowego. Porównywując Novalginę z innemi odpowiedniemi środkami, należy jej pod pewnemi względami przyznać pierwszeństwo, choć czas trwania jej działania nie jest może tak długim. Novalgina nie dopuszcza do stanów pobudzenia, któreby mogły się okazać szkodliwe ze względu na aseptykę. Na natężenie bólów lub na utratę krwi Novalgina żadnego ujemnego wpływu nie wywiera. Przeciętna utrata krwi po Novalginie wynosi 250 — 300 cm^3, czyli jest całkowicie w granicach normy.

Reasumując, autor dochodzi do wniosku, że Novalginę jako środek dla uśmierzenia bólów można bez zastrzeżeń zalecać do stosowania w praktyce ogólnej. Po ściślejszem ustaleniu dawkowania na większym materjale, Novalgina powinna znaleźć należne jej miejsce w arsenale klinicznych środków lekarskich.

DR. E. MOSER, naczelny lekarz szpitala miejskiego w Zittau.

W SPRAWIE ZNIECZULANIA LĘDŹWIOWEGO ZAPOMOCĄ TUTOCAINY.

(Referat według Zentralbl. f. Chirurgie. Nr. 19 — 1928 r.)

NA oddziale chirurgicznym szpitala miejskiego w Zittau stosowano Tutocainę w 760 przypadkach znieczulenia lędźwiowego. Poza tem *Moser* stosował znieczulenie lędźwiowe jeszcze w 37 przypadkach z praktyki prywatnej, tak że

spostrzeżenia jego dotyczą ogółem 797 znieczuleń. Z początku stosowano czystą Tutocainę bez Suprareniny. Wstrzykiwana dawka wynosiła 0,1 — 0,11 g (podczas gdy według dotychczasowego piśmiennictwa już dawki 0,075 g przekraczać nie było wolno). Na godzinę przed operacją wstrzykiwano 0,01 morfiny + 0,0006 skopolaminy (u kobiet 0,0003). Wkrótce zaś po dolędźwiowem wstrzyknięciu Tutocainy wstrzykiwano podskórnie 1 cm³ 20%-wego rozczynu Coffeini natrio - benzoici. Przeciętnie, w 15% przypadków kombinowano znieczulenie lędźwiowe z ogólnem uśpieniem drogą wziewania. Uśpienie eterowe (częstokroć w bardzo niewielkiej ilości) uważano jedynie za dodatek, stosowany przeważnie w celu odpowiedniego zadziałania na psychikę chorego. Tę kombinowaną metodę stosowano również i przy zabiegach w obrębie górnej części jamy brzusznej. Znieczulające działanie Tutocainy nie zawiodło ani razu, jedynie przy dłużej trwających operacjach okazywało się celowem powtórne wstrzyknięcie skopolaminy. Zalety znieczulania lędźwiowego polegają na zwiotczeniu mięśni (ważne przy zabiegach na kończynach dolnych i przy szwach powłok brzusznych) na zachowaniu perystaltyki jelit, która utrzymuje się nawet przy jednoczesnem stosowaniu słabego uśpienia ogólnego (ważne przy niedrożności jelit i zapaleniu otrzewnej), na nieznacznem jedynie zadziałaniu na stan ogólny i na doskonałej tolerancji przez osoby starsze i przy niedomodze serca. Wymioty lub mdłości na stole operacyjnym można zwalczać zapomocą atropiny. Wymioty pooperacyjne występują rzadko. Zaburzeń oddechowych nie stwierdza się obecnie wcale. Parestezyj i znieczuleń w kończynach dolnych, których występowanie skłoniło wielu autorów do zaniechania znieczuleń lędźwiowych, *Moser* nie spostrzegał ani razu. W jednym tylko przypadku wystąpiły po wypisaniu bóle przy chodzeniu, w innych zaś bóle w miejscu nakłucia utrzymywały się jeszcze przez kilka tygodni. W obu jednak przypadkach bóle po upływie kilku tygodni ustąpiły zupełnie. Podobnych objawów można uniknąć, jeżeli przy wprowadzaniu igły do jamy opony twardej, czy podczas wyciekania płynu, będziemy kontrolować, czy chory odczuwa ból w kończynach dolnych. W razie wystąpienia bólu należy igłę nieco cofnąć i wepchnąć następnie z powrotem w nieco innym kierunku, aż do ustania bólów. Chorych należy jednak pytać się bardzo wyraźnie. Bóle głowy wystąpiły jedynie w trzech przypadkach. Można je doskonale zwalczać przez dodanie kofeiny; czasem pomaga również założenie opaski zastoinowej na szyi. Dokonania powtórnego nakłucia lędźwiowego można próbować jedynie wyjątkowo i dopiero po wyczerpaniu wszelkich innych środków. Zalecane przez lekarzy amerykańskich podawanie 80 — 100 cm³ 36%-wego rozczynu soli kuchennej nie dawało spodziewanego wyniku. Rozczyn Tutocainy przygotowywała początkowo apteka szpitalna. Obecnie *Moser* przygotowuje go sobie sam bezpośrednio przed operacją, co zmniejsza jeszcze bardziej niebezpieczeństwo działania ubocznego.

DR. ANTONIO PISANI, Medjolan.

O STOSOWANIU OMNADINY PRZY CHOROBACH ZAKAŹNYCH.

(Referat według Gazz. Med. Lomb. Nr. 8 — 1928 r.)

GORĄCZKA chorych na gruźlicę płuc powstaje, jak wiadomo, nietylko z powodu obecności lasecznika Kocha, lecz warunkuje ją również zakażenie wtórne różnemi ziarnkami ropotwórczemi. Drobnoustroje te powodują, podobnie jak przy zwykłych zakażeniach septycznych, zwiększenie się ciepłoty, częstokroć również silne dreszcze i poty, którym towarzyszą zwykle uczucie zmęczenia i brak łaknienia. Pochodzenie gorączki u gruźlików skłoniło *Pisani'ego* do wypróbowania również i przy gorączce hektycznej Omnadiny, jako nieswoistego środka do pobudzania naturalnych sił obronnych ustroju. Już pierwszy krótki okres próby wykazał, że Omnadina okazuje się przy gorączce hektycznej lekiem skutecznym. Poza tem szczególnem wskazaniem *Pisani* stosował z powodzeniem Omnadinę również przy róży i grypie.
Kilka poniższych historyj chorób ilustruje w krótkości działanie Omnadiny przy róży, gorączce hektycznej i grypie:

1). Kobieta, lat 40. Róża na lewej kończynie dolnej wychodząca z rany na stopie. Gorączka powyżej 40,3^0; po 3 wstrzyknięciach Omnadiny ciepłota opada do normy. Szybkie wyleczenie.
2). Chory ma postać wysiękową gruźlicy płuc z jamą w lewym płacie górnym; znaczny upadek sił. Stała gorączka 39,8^0 — 38,8^0, poty, dreszcze. Po 5 wstrzyknięciach Omnadiny ciepłota waha się już tylko około 38,1^0 — 37,2^0. Chory wyjechał później na wieś i nie doniósł więcej o swym stanie.
3). Młoda kobieta z gruźliczem zajęciem szczytu i lewego płata górnego. Próba leczenia kwasem cynamonowym bez wyniku. Po 5 wstrzyknięciach Omnadiny gorączka nie podnosiła się już powyżej 37,2^0, poty i dreszcze ustały i chora czuła się podmiotowo o wiele lepiej. Niedawno dokonane badanie chorej stwierdziło doskonały stan ogólny i bardzo dobre samopoczucie; miejscowo stwierdza się w górnym płacie lewego płuca jedynie nieznaczne skrócenie odgłosu opukowego z pojedyńczemi rzężeniami przy wdechu. Chora ma dobre łaknienie i waga jej powoli wzrasta.
4). U 4 chorych na grypę z wysoką gorączką (39,6^0 — 40,1^0) udawało się zapomocą jedynego wstrzyknięcia Omnadiny osiągnąć w ciągu kilku godzin spadek ciepłoty. Pomyślne działanie Omnadiny przejawiało się nietylko w jej wpływie na gorączkę grypową, lecz również i na objawy oskrzelowe.

Na podstawie swoich spostrzeżeń *Pisani* dochodzi do wniosku, że stosowanie Omnadiny jest wskazanem w większości chorób zakaźnych z gorączką (powyżej 39^0), bez względu na obecność lub brak umiejscowienia sprawy w płucach lub powikłań innego rodzaju. Wskazanie to wchodzi w rachubę zwłaszcza w tych przypadkach, w których przypuszczamy, że siły obronne ustroju osłabiły już jadowitość zarazków, lecz nie są jednak w stanie całkowicie ich zwalczyć.

DR. PÉCSI ZOLTAN,
specjalista chorób skórn. i wener., Arad (Rumunja)

W SPRAWIE ZAPOBIEGANIA OBJAWOM UBOCZNYM PRZY STOSOWANIU TRYPAFLAVINY.

(Referat według „Romania Medicalla“ NNr. 13 i 14 — 1928 r.)

KAŻDY, kto miał w swej praktyce sposobność wielokrotnego wstrzykiwania dożylnie Trypaflaviny, zwłaszcza przy rzeżączce, z pewnością spostrzegał podczas wstrzykiwania kilka nieznacznych objawów, przemijających coprawda, w ciągu niewielu sekund, lecz czasem bardzo przykrych dla pacjenta. Zdarza się to szczególnie wtedy, gdy się korzysta z 2%-owych rozczynów, które według *Zoltána* przedstawiają stężenie, najbardziej przy rzeżączce skuteczne.

Ostre objawy polegają na przyspieszeniu tętna (czasem silne tętnienie tętnic dogłowowych), uczuciu gorzkiego smaku w ustach, ślinotoku, mdłościach, doprowadzających czasem nawet do wymiotów, uczuciu ściskania w szyi oraz uczuciu lęku i gorąca. Objawy zaś późniejsze są następujące: zapalenie skóry w miejscach wystawionych na działanie słońca, wywołane przez uczulenie Trypaflaviną skóry na światło, i zaburzenia wzrokowe. Uboczne te objawy przemijają bardzo szybko i nie przedstawiają żadnego niebezpieczeństwa dla chorego. *Zoltán* wstrzykiwał w swej praktyce prywatnej Trypaflavinę 57 chorym na rzeżączkę z różnemi powikłaniami; stosował wstrzykiwania dożylne w stężeniach 1 — $1^1/_2$ — 2%, przyczem każdy pacjent otrzymywał przeciętnie 10 — 25 wstrzykiwań. Na podstawie doświadczenia, opartego na dokonaniu ogółem około 1,000 wstrzykiwań, autor uważa, że Trypaflavina zawsze wpływała korzystnie na stan chorego i ani razu nie sprawiła mu żadnej szkody. Wstrzykiwano przeciętnie co drugi dzień 5 cm^3 2%-owego rozczynu.

Dla niedopuszczenia do objawów ubocznych występujących podczas i bezpośrednio po wstrzyknięciu dożylnem, *Zoltán* stosował z wielką korzyścią następujący bardzo prosty i zawsze skuteczny sposób postępowania: Z początku wstrzykuje się, i to bardzo powoli, 1%-owy rozczyn Trypaflaviny. Jeżeli chory zniósł to wstrzyknięcie dobrze, przechodzi się szybko do wstrzykiwań 2%-owego rozczynu. Jeżeli zaś występują podczas wstrzyknięcia objawy bezpośrednie, *Zoltán* zaleca choremu oddychać mocno i głęboko tak długo, aż chory sam nie poda, że już „wszystko minęło“. Ćwiczenie oddechowe odwraca uwagę pacjenta i wstrzyknięcia można dokonać bez żadnych trudności. Zaleca się poza tem wstrzykiwać na czczy żołądek oraz nic nie wspominać choremu o możliwości wystąpienia objawów ubocznych, tembardziej, że nie występują one stale. W przypadkach, w których objawy bezpośrednie jednak się ukazywały, udawało się *Zoltánowi* zawsze zapomocą powyżej opisanego postępowania nie dopuścić do ich dalszego rozwoju.

Z pośród objawów późnych zasługuje na większą uwagę zwłaszcza rumien, powstający na miejscach skóry, wystawionych na działanie słońca, z powodu uczulenia skóry przez Trypaflavinę na światło. Rumień ten może wystąpić już po pierwszem wstrzyknięciu, jeżeli chory nieostrożnie narazi się na silne działanie promieni słonecznych, jak np. w kąpielach słonecznych, przy chodzeniu bez kapelusza i t. d. Czasem dochodzi nawet do silnego zapalenia skóry, następnie wytwarzania się pęcherzy i sączenia, przyczem już w okresie rumieniowym występuje silne swędzenie. U blondynów rumień rozwija się szybciej i mocniej, gdyż posiadają oni mniej barwnika. *Zoltán* spostrzegał u jednego ze swych chorych rzeżączkowych omawiane zapalenie skóry, które wystąpiło podczas leczenia Trypaflaviną po dokonaniu 8-ego wstrzyknięcia. Zapobieganie zapaleniu skóry polega na pouczeniu chorych, że podczas leczenia Trypaflaviną powinni się chronić przed działaniem promieni słonecznych, czyli że nie wolno im ani chodzić bez kapelusza, ani przyjmować kąpieli słonecznych. Jeżeli zaś rumień już wystąpił, to pomimo tego nie zachodzi potrzeba przerwania wstrzykiwań, gdyż przysypka i okłady z $^1/_2$ — 1%-owego rozczynu rezorcyny szybko sprowadzają wyleczenie. *Jausion* i *Diot* zalecają 0,25 g rezorcyny do wewnątrz; tego sposobu leczenia *Zoltán* jednak dotychczas nie stosował.

DOC. DR. RUDOLF SCHOEN, Lipsk

NOWE ŚRODKI NASERCOWE I STOSOWANIE ICH W STANACH ZAGRAŻAJĄCYCH ŻYCIU (HEXETON).

(Referat według VII rozdz. „Ergebnisse d. Chirurgie und Orthopädie“ v. Payr i Küttner 1928 r.)

HEXETON, otrzymany syntetycznie już w r. 1894 przez *Knövennagela*, a wprowadzony do lecznictwa dopiero w r. 1924, przedstawia namiastkę kamfory najbardziej do niej zbliżoną. Najważniejsza przewaga Hexetonu nad kamforą polega na jego rozpuszczalności do 10% w 25%-owym rozczynie salicylanu sodu. Dodanie wody do tego rozczynu powoduje przemijające zmętnienie wskutek strącania się drobniutkich kropelek Hexetonu; zmętnienie to jednak w nadmiarze wody znowu szybko ginie. Rozpuszczalność Hexetonu umożliwia dokonywanie wstrzykiwań dożylnych bez obawy spowodowania zatoru. Wstrzykiwania domięśniowe nie powodują żadnych nacieczeń; autor, dokonywując prób na samym sobie, doznał czasem uczucia ucisku w miejscu wstrzyknięcia. Działanie przy wstrzykiwaniu domięśniowem lub podawaniu doustnem przejawia się po 3 — 10 minutach, przy wstrzykiwaniu zaś dożylnem — natychmiast. Hexeton wydziela się w moczu związany w ustroju, podobnie jak i kamfora, z kwasem glukonowym. Ze względu na szybkie przemijanie działania i małą jadowitość, wstrzykiwania Hexetonu można powta-

rzać dowolnie często. Jakościowo działa Hexeton zupełnie tak samo jak kamfora, ilościowo zaś 2 — 4 razy silniej. Przewaga Hexetonu nad kamforą polega jednak raczej na szybkości niż na sile działania. Salicylan sodu nie przyjmuje udziału w działaniu Hexetonu.

Z leczniczego punktu widzenia szczególnie ważnym jest wpływ Hexetonu na rdzeń przedłużony, a zwłaszcza na ośrodek oddechowy. Działanie na ośrodek oddechowy rozpoczyna się w 10 minut po wstrzyknięciu 0,01 g; szczyt działania występuje już po 10 minutach. *Guth*, a następnie *Schoen* i *Kaubisch* stwierdzili na chorych przy pomocy tej samej metodyki zwiększenie pojemności oddechowej, częstokroć zaś i częstości. Wszyscy badacze stwierdzili przy porażeniu ośrodka oddechowego wskutek zatrucia morfiną lub podczas uśpienia, następnie w stanach zapaści i przy zapaleniu płuc, zwiększenie przemiany oddechowej. U królika w stanie zupełnego bezdechu po morfinie już 1 mg okazuje się wystarczającym dla przywrócenia czynności oddechowej. *Leschke* przezwyciężył zapomocą kilkakrotnych wstrzykiwań Hexetonu porażenie oddechu wskutek śmiertelnych zwykle dawek morfiny 0,03 — 0,04 g.

Podobnie skutecznem jak pobudzanie ośrodka oddechowego, okazuje się działanie Hexetonu również i na ośrodek naczynioruchowy. *Schoen* i *Kaubisch* wykazali, że ciśnienie krwi u osobników zdrowych wzrasta po dożylnem wstrzyknięciu 0,01 g o 5,20 mm Hg. U chorych z niskiem ciśnieniem wzrasta ono jeszcze bardziej. Tętno staje się o 90% szybszem i mocniejszem, a niemiarowość słabiej zaznaczoną. Wszelkie rodzaje zapaści naczyniowej, a przedewszystkiem zapaść w związku z uśpieniem, przedstawiają przeto ważne wskazanie do stosowania Hexetonu.

Również i w doświadczeniach na osobnikach zdrowych stwierdza się po wstrzyknięciu Hexetonu przyspieszenie przemiany materji; oddechowa przemiana zwiększa się np. po 0,01 g Hexetonu o 15—20%.

Odnośnie do wpływu Hexetonu na odruchy błędnikowe i równowagi *Schoen* wykazał w doświadczeniach na królikach, że dawki małe działają tylko pobudzająco, a dawki większe pobudzająco i porażająco. Przebudzanie się pod wpływem Hexetonu nieprzytomnych, a zwłaszcza odzyskiwanie przytomności po narkozie przedstawiają dowody pobudzającego działania Hexetonu na korę mózgową. Nie ulega więc wątpliwości, że ośrodkowy układ nerwowy (mózg i rdzeń) jest punktem uchwytu działania Hexetonu — ostrożne dawkowanie pozwala jednak zawsze na niedopuszczenie do działania wywołującego drgawki i porażającego.

Na sercu uszkodzonem Hexeton przyśpiesza częstość skurczów i zwiększa amplitudę. Przy ustaniu czynności serca wskutek zatrucia wodanem chloralu, chloroformem, choliną i wodą przekroploną Hexeton przywraca pracę serca i przeważnie przezwycięża całkowicie objawy zatrucia.

Leschke uważa, że punktem uchwytu Hexetonu w sercu są ośrodki podnietotwórcze. Na tej podstawie *Martins* zaleca dla przywrócenia czynności serca stosować zamiast dosercowych wstrzykiwań adrenaliny wstrzykiwanie Hexetonu do żyły jarzmowej. W doświadczeniach na psach i królikach *Martins* stwierdził, że wstrzyknięcie Hexetonu do vena jugularis było w stanie uratować zatrute chloroformem zwierzęta nawet w okresie zupełnego ustania oddechu

i krążenia, podczas gdy wstrzykiwania dosercowe w tych samych warunkach pozostawały bezskuteczne.

Na obwodową mięśniówkę gładką działa Hexeton porażająco. Napięcie jelit zmniejsza się, samoistne ich ruchy zostają zahamowane. W znanem wykrztuśnem działaniu Hexetonu odgrywa prawdopodobnie rolę również i jego wpływ obwodowy na mięśniówkę oskrzeli.

Pomimo, że zakresy wskazań do stosowania kamfory i Hexetonu pokrywają się wzajemnie, to jednak zwłaszcza ostro przebiegające i zagrażające życiu schorzenia przedstawiają ze względu na szybsze działanie Hexetonu wskazanie raczej do Hexetonu niż do kamfory. Przy porównywaniu Hexetonu z kamforą i innemi jej namiastkami stwierdza się następujące dane, w których liczba 1 określa dawkę kamfory potrzebną dla osiągnięcia określonego działania.

Porównanie zachowania się siły działania:

PRZETWÓR	ODDECH	PRZEMIANA PODSTAWOWA	POBUDLIWOŚĆ ODRUCHOWA	POBUDLIWOŚĆ KURCZOWA	PRZECIĘTNA DLA DZIAŁANIA OŚRODKOWEGO	SERCE ŻABIE	ANTAGONIZM W STOSUNKU DO NARKOZY
Kamfora	1	1	1	1	1	1	(1)
Hexeton	$^1/_4$	$^1/_2$	$^1/_2$	$^5/_8$	($^1/_2$)	$^1/_4$	$^1/_3$
Dwuetyloamid kwasu Pirydyno-β karbonowego	7	$12^1/_2$	5	3	7	$^1/_4$ — $^1/_2$	$^2/_3$
Pentametyleno-tetrazon	$1^1/_2$	5	$2^1/_2$	$1^1/_4$	($2^1/_2$)	1	$^1/_4$

Sposób działania na człowieka wynika z następującej tabelki:

PRZETWÓR	SPOSÓB STOSOWANIA	DZIAŁANIE LECZNICZE (WYŁĄCZNIE POBUDZAJĄCE)	DZIAŁANIE TOKSYCZNE: PORAŻENIE JEDNOCZ. Z POBUDZENIEM	DZIAŁANIE TOKSYCZNE: DRGAWKI	DZIAŁANIE TOKSYCZNE: ŚMIERĆ	CZAS TRWANIA: CHWILA WYSTĄPIENIA	CZAS TRWANIA: KONIEC PO	PIŚMIENNICTWO
Kamfora	dożylnie	do 10 mg.	15	20 — 40	40	natychmiast		*Jonkhoff*
	podskórnie	500 „	1000					
	doustnie	bardzo niepewne						
Hexeton	dożylnie	1 — 3 mg.	4 — 5	5 — 12	powyżej 12	natychmiast	10—20	*Schoen*
	domięśniowo	40 „		60 — 80	—	10	10—45	
Dwuetyloamid kwasu Pirydyno-β karbonowego	dożylnie	25 — 75 mg.	—	powyżej 125	powyżej 200	natychmiast	20	*Kohlhof*
	podskórnie	50 „	—	350	400			nie ogłoszone
	doustnie	50—100 „	—		1200			*Uhlman*
Pentametyleno-tetrazon	dożylnie	10 mg.	15	15 — 40	powyżej 100	natychmiast	15	*Schoen*
	podskórnie	30 „	40	50	—	5—10	15—3(	
	doustnie	50—100 „	100	150 — 20	—	10	30—90	

LUMINAL

NAJWYBITNIEJSZY ŚRODEK PRZECIWPADACZKOWY.

Dalsze wskazania:

Hyperemesis gravidarum, Eclampsia

SILNY ŚRODEK NASENNY I USPOKAJAJĄCY

OPAKOWANIA ORYGINALNE:
Luminal w tabletkach: rurki po 10, flakony po 50 tabletek à 0,1 g i 0, 3 g, rurki po 30 à 0,015 g (Luminaletki). Opakowanie kliniczne: po 250 i 500 tabletek Luminalu, à 0,1 i 250 tabletek à 0,3 g.

BAYER



I. G. FARBENINDUSTRIE AKTIENGESELLSCHAFT
Naukowy wydział farmaceutyczny „Bayer-Meister Lucius", Leverkusen n/R
Wyłączna Reprezentacja na Rzeczp. Polską: Dom Agenturowy „REMEDIA" Warszawski, Fulde i S-ka, Warszawa, Hipoteczna Nr. 5. — Skrzynka pocztowa 748
wysyła literaturę i próbki na żądanie WWPP Lekarzy bezpłatnie

Widzimy więc, że kamfora zastosowana dożylnie w dawce czterokrotnie większej od zwykłej podskórnej dawki pobudzającej powoduje zejście śmiertelne. Odnośnie do Hexetonu stosunek ten okazuje się o wiele pomyślniejszy; zgon zdarza się o wiele rzadziej, zwierzęta przeważnie poprawiają się, dawka śmiertelna wynosi conajmniej dwunastokrotną dawkę leczniczą. Pierwsze objawy porażenia występują dopiero przy podwojeniu dawki pobudzającej, przy kamforze już przy ilości półtorakrotnej. Wobec tego, że ośrodkowy układ nerwowy przy zaburzeniach krążenia zostaje uszkodzony przedewszystkiem wskutek braku tlenu, stosowanie przetworów pobudzających ośrodkowo okazuje się zawsze bardzo korzystnem. Przy objawach zastoinowych powodujących spóźnienie wchłaniania z tkanek, również i dla Hexetonu bardziej wskazanem jest stosowanie dożylne. Do wstrzykiwań dożylnych najbardziej nadaje się pentametylenotetrazon; dożylnych wstrzykiwań Hexetonu należy zawsze dokonywać bardzo ostrożnie. Działanie wszystkich wymienionych przetworów kamforowych przemija bardzo szybko i z tego powodu można w razie potrzeby wstrzykiwać je w odstępach 15 — 30 minutowych. Jeżeli w razie przedawkowania dochodzi do nadmiernie silnego działania ośrodkowego, a nawet do objawów drgawkowych, działanie to szybko przemija i następuje po niem pełne działanie lecznicze.

DR. H. LAX I DR. J. SZIRMAI, Ligetsanatorjum i Parksanat. w Peszcie.

SPOSÓB UTRWALANIA KRWI DLA CELÓW OKREŚLANIA POZIOMU GLIKEMJI.

(Referat według M. m. W. Nr. 2 — 1929 r.)

OKREŚLANIE poziomu cukru we krwi stało się obecnie badaniem, którego żaden lekarz zajmujący się cukrzycą, zaniedbać nie może. Znaczną trudność przedstawiała jednak dotychczas konieczność badania krwi natychmiast po jej pobraniu. Już w ciągu 2 — 3 godzin zawartość cukru może się zmniejszyć nawet o 30 — 40%. — Z tego względu dla dokładnego przeprowadzenia omawianego badania należało, aby pacjent udawał się do pracowni, w której dokonywano obliczenia. Szczególnie uciążliwem okazywało się to dla chorych ze wsi, którzy przyjeżdżali dla zbadania do najbliższego miasta, lekarz praktyk bowiem, do którego się zwracali, nie był w stanie wziąć im odrazu u siebie potrzebną do zbadania krew. Pragnąc usunąć tę niewygodę, *Lax* i *Szirmai* zajęli się poszukiwaniem środka konserwującego i przekonali się, że najlepiej nadaje się do tego celu fluorek sodu i sublimat. Jeżeli dodać NaF i $HgCl_2$ in substantia do krwi pochodzącej od człowieka zdrowego lub chorego na cukrzycę w takiej ilości, że wytworzy się we krwi stężenie 1% NaF i 0,1% $HgCl_2$, wówczas udaje się zupełnie zahamować glikolizę oraz nie dopuścić do rozszczepiania się cukru pod wpływem działania drobnoustrojów. Przy dodaniu NaF i $HgCl_2$ zawartość cukru we krwi pozostaje niezmienioną nawet po upływie 30 dni.

NOTATKI TERAPEUTYCZNE

Leczenie ostrego zapalenia migdałów podniebiennych.

U 7 chorych z ciężkiem zapaleniem migdałków nastąpiła po dożylnem wstrzyknięciu 5 cm³ ½%-owego rozczynu Trypaflaviny bardzo szybka poprawa. Objawy zapalne ustępowały przeważnie już po pierwszem wstrzyknięciu i tylko w jednym przypadku dopiero po dwóch wstrzyknięciach. Żadnych objawów działania ubocznego nie stwierdzono ani razu. Stosowanie Trypaflaviny jest przeciwwskazanem tylko przy krwotocznem zapaleniu nerek.

Dr. F. Ohi
(Chir. oyobi Shoho 1928, Nr. 95)

Leczenie kataru nosa.

Jako dobry środek przeciw katarowi autor zaleca pendzlowanie następującym rozczynem:

Novocain 0,4
Suprarenin 1 : 1000 gtt XXX
Aq. ad. 20

Działanie można wzmocnić jeszcze bardziej przez następcze pendzlowanie 0,1%-owym rozczynem azotanu srebra.

Dr. Guhr...
(Geneeskund, Gids 1928, Afl. 49)

Vigantol.

Pomyślny wpływ Vigantolu na rozmiękczenie kości, występujące podczas lub po ciąży, nasunęło *Mayerowi* myśl, czy Vigantol nie okazałby działania leczniczego również i na paradentozy. *Mayer* zastrzega się przytem wyraźnie, że nie uważa bynajmniej, aby sprawy zachodzące w kościach przy paradentozie były pokrewne zmianom stwierdzanym przy rozmiękczeniu kości. *Mayer* zaleca stosowanie Vigantolu przedewszystkiem w tych przypadkach paradentozy, przy których nie daje się stwierdzić żadnej ze zwykłych przyczyn wywołujących, jak np. przeciążenie lub uszkodzenie wskutek kamienia zębowego.

Dr. Max Mayer, Liegnitz
(Zahnärztl. Rundschau 1928, Nr. 15)

Spostrzeżenia nad działaniem Omnadiny.

Od szeregu miesięcy stosuję stale przy wszelkich chorobach zakaźnych pełnowartościową szczepionkę uodporniającą, Omnadinę. Szczególne usługi oddawał mi ten preparat przy zakażeniach anginowych i grypowych oraz w kilku przypadkach grypowego zapalenia płuc. Ciepłota spadała krytycznie częstokroć już po drugiem wstrzyknięciu. Bardzo wysokie przeważnie wzniesienia gorączkowe opadały często bardzo szybko do 36,5 — 37°. Mam wrażenie, że wymienione choroby kończą się pod wpływem Omnadiny znacznie szybciej, niż to się zwykle dzieje.

Dr. Jonas
Specjalista chorób skórnych i dróg moczowych. Drezno

O znaczeniu węglowodanów i ciał białkowych przy czerstwieniu chleba.

Karácsonyi badał powód czerstwienia chleba, przygotowanego z mąki pszennej, wody, soli i drożdży. Ustalono przytem, że gdy chleb czerstwieje, wówczas ilość zawartych w nim rozpuszczalnych w wodzie węglowodanów zmniejsza się, prawdopodobnie

wskutek przetwarzania się skrobi. Wygłaszany przez innych autorów pogląd, że zmiana stanu chleba polega na wiązaniu uwalniającej się wody przez białko, nie ma żadnego oparcia teoretycznego, gdyż podczas czerstwienia chleba nie stwierdza się żadnych zmian rozpuszczalności ciał białkowych.

Dr. L. Karácsonyi
Wyższa szkoła techniczna. Budapeszt.
(Ztschr. f. Untersuchung der Lebensmittel 1929, Tom. 56)

Zawartość jodu we krwi przy zwykłem wolu i przy kretynizmie.

U 11 chorych z wolem nietoksycznem stwierdzono w żyłach gruczołu tarczowego i w żyłach ramiennych prawie jednakową zawartość jodu, wynoszącą 9,8 względnie 9,3 mg %. Uważa się, że wydzielanie jodu w tarczycy odbywa się przeważnie do żył, a nie do naczyń chłonnych gruczołu. U wszystkich chorych, dotkniętych wolem, zawartość jodu była nieco poniżej normy, a w przypadkach kretynizmu zmniejszenie zawartości jodu dochodziło nawet do 50—70%. Podczas gdy podawanie jodku sodu osobom zdrowym zwiększało u nich przemijająco poziom jodu we krwi, u kretynów po zaprzestaniu podawania jodu nie stwierdzano zmian zawartości jodu w surowicy; różnica ta zależy od tego, że kretyni wydzielają jod w moczu prędzej, niż ustroje normalne i prawdopodobnie nie są w stanie jod w sobie zatrzymywać.

Dr. F. de Quervain i dr. W. E. Smith
(Endocrinology 1928, tom 12)

Występowanie nadwrażliwości lub allergji w 5 pokoleniach jednej rodziny.

Smith badał dziedziczenie się stanów allergicznych w pewnej rodzinie, której historję mógł poznać szczegółowo aż do 5-ego pokolenia (ogółem 95 osób). U 56,2% osób tej rodziny stwierdzono istnienie objawów allergicznych. 17 cierpiało na pokrzywkę, 15 na naczynioruchowy katar nosa, 14 na pryszczycę, 11 na gorączkę sienną, 6 na obrzęki angioneurotyczne i 4 na dychawicę oskrzelową. Spostrzeżenie powyższe przemawia wyraźnie za rodzinnem występowaniem allergji.

Dr. A. E. Smith.
Washington-Univ. St. Louis.
(Arch. of internat. med. 1928. Tom 41)

Badania doświadczalne na zwierzętach nad działaniem naświetlanej ergosteryny.

Ze względu na to, że w niektórych doświadczeniach na zwierzętach Vigantol miał jakoby powodować objawy działania ubocznego, *Lübke* zwraca uwagę na fakt, że ustrój może znosić nawet bardzo duże dawki Vigantolu. Pewne 2¼ letnie dziecko wypiło naraz 10 cm³ Vigantolu i skarżyło się jedynie na bóle w jamie brzusznej; poza tem nie stwierdzono żadnych zaburzeń. Gdy *Lübke* został wezwany do tego dziecka, upłynęło już od chwili wypicia Vigantolu 3 godziny. Autor ograniczył się wobec tego do przepłukania kiszek. Również i później dziecko nie wykazywało żadnych objawów chorobowych i można je było uważać za całkowicie zdrowe. Przypadek ten przedstawia przykład, że w poszczególnych przypadkach nawet bardzo znaczne przedawkowanie Vigantolu może nie przyczynić żadnej istotnej szkody.

Dr. K. Lübke.
Buchholz, okręg Harburg.
(Die Med. Welt 1929, Nr. 2)

Stosowanie dekstrozy i insuliny w przypadkach zapaści.

O ile ciśnienie krwi przy operacji opada poniżej 80 mm Hg, mamy wówczas już do czynienia z zapaścią. W przypadkach takich okazuje się bardzo skutecznem, zarówno zapobiegawczo jak i leczniczo, jednoczesne stosowanie dekstrozy z insuliną. Najlepiej zastrzyknąć dożylnie 1000 cm³ 10%-owego roczynu dekstrozy i na każde 3 g dekstrozy 1 jednostkę insuliny. Po wstrzyknięciu do żyły 1/3 części roczynu cukru wstrzy-

kuje się $^1/_3$ przeznaczonej ilości insuliny i t. d.

Dr. W. E. Levy i dr. A. H. Machea, New Orleans.
(Anaesth. a. Analg. 1928, Nr. 7)

W sprawie leczenia pląsawicy.

Arsen stosuje się w leczeniu pląsawicy (Chorea minor) zapewne już od pierwszych chwil poznania tej jednostki chorobowej. Osiągane przy pomocy arsenu pomyślne wyniki lecznicze zależą prawdopodobnie od jego ogólnie tonizujących własności. Wielokrotnie zalecano w tym celu rozczyn *Fowlera;* wobec tego jednak, że przy stosowaniu nieorganicznych związków arsenowych wynik ujawniał się bardzo powoli, *Carano* stosował stale przy pląsawicy organiczny, nadający się do wstrzykiwań preparat arsenowy, Solarson. Nawet małym dzieciom wstrzykiwał on codziennie 1 cm^3. Wstrzykiwania nie powodowały nigdy najmniejszych dolegliwości. Chorym w wieku od lat 15 do 20 wstrzykiwano co drugi dzień po 2 cm^3.

Stosowanie Solarsonu skracało znacznie czas trwania choroby, a przedewszystkiem poprawiało szybko stan ogólny chorych, na który pląsawica zawsze wpływa wybitnie ujemnie. Dla umożliwienia snu, który łagodzi znacznie ruchy pląsawiczne, *Carano* zaleca mieszaninę soli bromowych i wodanu chloralu.

Dr. Vincenzo Carano, Taranto.
(Progr. di Terap. 1928, Nr. 10)

Dietetyczne i lekarstwowe leczenie niedokrwistości złośliwej.

Decio opisuje chorego z niedokrwistością złośliwą (Hb. 21%, krwinek czerwonych 1,200,000, ciałek białych 2,600, wskaźnik barwnikowy 1,55, anizocytoza i poikilocytoza), u którego kombinowana terapja wątrobowo-Vigantolowa według metody *Rosenowa* dała nadzwyczaj pomyślne wyniki lecznicze; chory otrzymywał codziennie 2 — 3 pastylki Vigantolu i 200—300 g świeżej wątroby. Po upływie miesiąca nastąpiła nadzwyczajna poprawa. Przedmiotowo stwierdzono następujący stan krwi: Hb. 65%, krwinek czerwonych 4,000,000, ciałek białych 12,500, wskaźnik barwnikowy 0,81. Morfologja krwi prawidłowa. *Decio* jest zdania, że dodanie naświetlanej ergosteryny pod postacią Vigantolu znacznie wzmacnia działanie lecznicze wątroby.

Dr. Sabbatini Decio, Stanghella.
(Progressi di Terapia 1928, Nr. 12)

Czy sposób odżywiania może okazywać wpływ na przyjmowanie się i wzrost przeszczepów nowotworów doświadczalnych?

W doświadczeniach na zwierzętach *Kretzschmar* badał wpływ szeregu różnych pokarmów na wzrost przeszczepianych nowotworów rakowatych i stwierdził, że największy wpływ na wzrost raka okazuje spożywanie mózgu i jelit cienkich. Aczkolwiek autor słusznie zaznacza, że z doświadczeń jego niewolno narazie wyciągać dalej idących wniosków, to wskazują one jednak znowu na wielką wagę określonego odżywiania chorych rakowatych. *Kretzschmar* jest zdania, że również i u człowieka należy zwracać coraz większą uwagę na leczenie dietetyczne raka zapomocą sposobu odżywiania, któryby można było ściśle ustalić w doświadczeniach na zwierzętach.

Kand. med. Heinz Kretzschmar.
Uniwersytecki zakład dla badania raka w Berlinie
(Ztschr. für Krebsforschung 1928, Tom 28)

W sprawie wydzielania CO_2 przez skórę w niektórych chorobach.

Stwierdzane w niektórych chorobach wzmożenie wydzielania dwutlenku węgla przez skórę przebiega przeważnie równolegle z powiększeniem ilości wydychanego CO_2 Zwiększenie wydzielania CO_2 przez skórę stwierdza się naprzykład w chorobie Basedowa, jako przejaw lepszego ukrwienia skóry, przy niektórych chorobach serca i płuc, jako skutek zwiększenia napięcia CO_2 we krwi. Przy eunuchoidyzmie, przy którym również zachodzą zmiany w skórze, wydzielanie CO_2 okazało się zmniejszone. Wielkość wydzielania CO_2 przez skórę u człowieka zależy ostatecznie od ogólnej prze-

miany materji, od zawartości gazu we krwi i od stanu skóry.

Dr. G. Endres, Klinika lekarska w Jenie. (Ztschr. f. d. ges. exp. Med. 1928, tom 63)

Gorączka maltańska.

Dożylne wstrzyknięcie 0,2 g Trypaflaviny choremu, cierpiącemu od 2 miesięcy na gorączkę maltańską, usunęło gorączkę w ciągu 24 godzin. Po 18 dniach ciepłota znowu się podniosła. Drugie wstrzyknięcie 0,2 g Trypaflaviny znowu obniżyło temperaturę do normy. Od tego czasu, t. zn. od przeszło 3 miesięcy nawrotów nie stwierdzono. Żadne z licznych uprzednio stosowanych lekarstw nie działało tak pomyślnie jak Trypaflavina.

Dr. Darré i dr. Lafaille. (Le Progrès méd. 1928, Nr. 45)

Niedokrwistość na tle obecności tasiemców.

Podobieństwo obrazu krwi przy niedokrwistości złośliwej i wskutek obecności pasorzytów jelitowych (zwłaszcza Botriocephalus) skłoniło autora do wypróbowania skuteczności diety wątrobowej również i przy niedokrwistości wywołanej przez tasiemce. Obserwowanej chorej podawano początkowo codziennie ½ funta wątroby cielęcej. Żadnych środków przeciwczerwiowych nie stosowano. Liczba krwinek czerwonych i zawartość hemoglobiny poczęły natychmiast wzrastać i krew odzyskała stopniowo swój stan prawidłowy. Następnie zastosowano leczenie przeciwczerwiowe i pacjentka powróciła do zupełnego zdrowia.

Dr. Raphael Isaacs. Univ. of Michigan. Ann Arbor. (Arch. int. Med. 1928, tom 42)

Nowy sposób leczenia choroby Basedowa.

Pobyt w klimacie wysokogórskim obniża zwiększoną podstawową przemianę materji chorych dotkniętych chorobą Basedowa i łagodzi znacznie ich dolegliwości podmiotowe. Powód tego pomyślnego wpływu nie jest dotychczas znany. *Lax* naśladował warunki klimatu wysokogórskiego, umieszczając 40 pacjentów z chorobą Basedowa w kamerach pneumatycznych, w których obniżał ciśnienie o 100 mm Hg. Chorzy przebywali w tych kamerach po 4 godziny dziennie w ciągu 2 — 3 tygodni. U 29 chorych osiągnięto w ten sposób przedmiotową i podmiotową poprawę zupełnie taką samą, jak w wysokich górach. Poprawa utrzymywała się przez cały czas obserwacji, dochodzącej do 9 miesięcy. *Lax* jest zdania, że zwłaszcza u 14 dłużej obserwowanych chorych można wobec tego mówić wprost o wyleczeniu.

Dr. Lax. Liget i Parksanatorjum. Budapeszt. (Klin. Wo. 1928, Nr. 48)

O uczynnianiu ukrytych zakażeń przez usunięcie śledziony. (Piroplasma Canis, Nutallia brasiliensis, Bartonella opossum, Spirochaeta didelphydis).

Wielokrotnie już stwierdzono, że zakażenia trypanozomami u psów przyjmowały po usunięciu śledziony przebieg bardzo ciężki, lub nawet śmiertelny. Podobne spostrzeżenia uczyniono już dawniej odnośnie do piroplazmozy małp. *Regendanz i Kikuth* podczas swego pobytu w Zakładzie *Oswaldo Cruz* w Rio de Janeiro stwierdzili w doświadczeniach na dydelfach, że po usunięciu śledziony wybuchała u nich piroplazmoza, która przebiegała uprzednio w sposób ukryty i której nie można było wykazać drobnowidzowo. Również i zakażenie szczurów bartonellami ulegało pod wpływem usunięcia śledziony obostrzeniu. Podobnie i u oposów usunięcie śledziony powodowało ujawnienie się ukrytego zakażenia krętkowego. Ze swych badań doświadczalnych *Regendanz* i *Kikuth* wyciągają wniosek, że śledziona przedstawia prawdopodobnie najważniejsze miejsce wytwarzania przeciwciał i przyczynia się w znacznym stopniu do łagodności zakażenia. Usunięcie zaś śledziony i pozbawienie ustroju ochrony przeciwciał, zapewnia mało do tej pory złośliwym zarazkom warunki przewagi nad ustrojem.

P. Regendanz i W. Kikuth.
Zakład badania chorób okrętowych i podzwrotnikowych. Hamburg. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. 1928, tom 32)

Badania nad czynnikami wywołującemi raka.

Autorzy badali na myszach pewną ilość olejów, używanych jako smary, odnośnie do ich zdolności wywoływania raka. Olej olbrotowy jest, jak się zdaje, zupełnie nieszkodliwym, podczas gdy oleje ziemne są niebezpieczne, a olej łupkowy jest takim samym silnym środkiem, wywołującym raka, jak zwykły dziegieć gazowy i 12 razy silniejszym, niż nafta. Zaznaczymy tu przy sposobności, że dwa wywołujące raka oleje znajdują zastosowanie w przędzalnictwie. Frakcje oleju ziemnego, wrzące dopiero przy wyższej ciepłocie, posiadają 31 razy większą zdolność wywoływania raka, niż oleje wrzące przy niższej ciepłocie; i naodwrót, oleje łupkowe wrzące przy niższej ciepłocie działają silniej, niż wrzące przy wyższej ciepłocie. Przejście przez maszynę olejów, używanych jako smarów, nie zmienia ich własności wywoływania raka — jak to wykazały doświadczenia na myszach — przez działanie natomiast kwasu solnego na oleje udaje się zniszczyć zawarty w nich czynnik rakotwórczy. Stosowanie olejów podskórnie lub dootrzewnowo nie jest w stanie raka wywołać, czynnem jest jedynie stosowanie zewnętrzne. Toksyczny skład olejów i dziegcia przedstawia według *Tworta* i *Inga* węglowodór nie nasycony lub związek szeregu aromatycznego. Jakiegokolwiek wpływu gruczołu tarczowego na występowanie raka dziegciowego nie udało się wykazać.

Dr. C. C. Twort i dr. R. H. Ing,
Laboratorjum komitetu dla walki z rakiem. Manchester.
(Ztschr. f. Krebsforschung 1928, tom 27)

Chemoterapja podostrej posocznicy meningokokowej zapomocą dożylnych wstrzykiwań Trypaflaviny.

Chora, mająca lat 23, przybyła do szpitala w 16-tym dniu choroby. Choroba rozpoczęła się nagle dreszczami, bólami głowy i kończyn. Badanie w szpitalu wykazuje stałe podniesioną ciepłotę, opryszczkę wargową i rumień guzowaty na nogach. We krwi stwierdza się obecność drobnoustrojów o typie meningokoków B, w płynie zaś mózgowo-rdzeniowym limfocytozę. Leczenie surowicą i preparatami srebra zawodzi. Dożylne wstrzyknięcie 0,1 g Trypaflaviny również nie poprawia stanu chorej i dopiero w dniu, w którym wstrzyknięto 0,40 g, ciepłota opada do normy i wszystkie objawy chorobowe stopniowo znikają. Dla wszelkiej pewności wstrzyknięto chorej po 8 i 16 dniach jeszcze po 0,5 g Trypaflaviny.

Drugi przypadek przebiegał zupełnie analogicznie. Również i tu wszelkie leczenie początkowo zawodzi. Pod wpływem 0,1 g Trypaflaviny ciepłota opada, po upływie jednak 2 dni znowu się podnosi. Po 0,2 g Trypaflaviny opada znowu i pozostaje na poziomie prawidłowym. Wszystkie objawy chorobowe cofają się i chory otrzymuje jeszcze 2 wstrzyknięcia po 0,3 i 0,4 g i zostaje wypisany jako wyleczony. Autorzy zalecają rozpoczynać leczenie posocznicy meningokokowej Trypaflaviną od dawki 0,2 g, po 3 — 4 dniach zastrzyknąć 0,3 g, a następnie dać jeszcze raz 0,4 g. Dawki wyższe, które mogą czasem wywołać objawy nietolerancji, można stosować jedynie w przypadkach wyjątkowych. Trypaflavina w przeciwstawieniu do innych środków działa zawsze szybko i niezawodnie. *Darré* i jego współpracownicy zalecają kombinowane leczenie zapomocą dożylnych wstrzykiwań Trypaflaviny oraz stosowania surowicy również i w przypadkach nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Dr. Darré, dr. Albot, dr. Berdet i dr. Lafaille.
(Cpt. rend. de Biol., 1928, Nr. 37)

Spostrzeżenia nad działaniem Vigantolu.

90-ciu krzywiczym dzieciom podawano codziennie 10 kropel Vigantolu, początkowo w rozczynie z oliwą, następnie zaś ze względu na lepszą tolerancję, w postaci pastylek. Różnicy wieku (niemowlęta i dzieci do dwóch lat) w dawkowaniu nie uwzględniano. Po ustąpieniu objawów rozmiękczenia kości czaszki—przeważnie po 17—26 dniach

—dawkę zmniejszano do jednej pastylki. Pomimo, że w poszczególnych przypadkach podawano Vigantol bez przerwy przez 3—4 miesięcy, nie stwierdzono ani razu żadnych objawów nerkowych lub ze strony przewodu pokarmowego. Poziom fosforu w surowicy krwi osiągał wysokość prawidłową przeważnie już po 8—14 dniach, za wyjątkiem jednego 9-io letniego dziecka z ciężką niedokrwistością aplastyczną i krzywicą, u którego jeszcze w 35-ym dniu leczenia Vigantolem poziom fosforu na czczo wynosił 1,6 mg%. Zmiany kostne cofały się w ciągu 6—8 tygodni. Czas potrzebny do wyleczenia cięższych lub lżejszych przypadków krzywicy różnił się bardzo nieznacznie. Poprawa, która początkowo czyniła postępy bardzo małe, po upływie pewnego czasu postępowała coraz szybciej. W jednym przypadku krzywicy, która nie poddawała się żadnemu leczeniu, udało się wreszcie osiągnąć nadzwyczaj efektowną poprawę przy pomocy przetoczenia krwi. Na stany anemiczne Vigantol żadnego wpływu nie wywierał.

Dr. E. Bahl. Klinika uniwersytecka. Królewiec. (Ztschr. f. Kinderheilkunde 1928, tom 40).

Ropne zapalenie opon mózgowych po obustronnem zapaleniu zatok czołowych.

Zapalenie opon mózgowych powstałe na tle zajęcia zatok nosowych lub czołowych niezwykle rzadko kończy się według *Simonsa* wyleczeniem, prawdopodobnie dlatego, że dotychczas chirurdzy bardzo niechętnie w tych warunkach operowali. Poniżej przytoczona historja choroby omawia przypadek zakończony wyleczeniem:

Chory, lat 26. Wodnista ropna wydzielina z obu otworów nosowych; silne bóle w okolicy czołowej, mniej dokuczliwe w zakresie całej głowy. Ciepłota 40,5°, stan nieznacznego zamroczenia, lekka sztywność karku. Na szyi i w uszach żadnych zmian chorobowych. Rozpoznanie: Sinusitis frontalis duplex, meningitis? Leczenie: pęcherz z lodem, miejscowo adrenalina. Wydzielina nosowa zawiera paciorkowce i gronkowca złocistego. 13. I. objawy zapalenia opon mózgowych zwiększają się, sztywność karku, dodatni objaw *Kerniga*, wzmożenie odruchów ścięgnowych kolanowych i *Achillesa*. *Babiński* ujemny, przeczulica skóry. Nakłucie lędźwiowe: ciśnienie znacznie wzmożone, płyn bardzo mętny, *Nonne-Apelt* dodatni, bardzo wiele komórek ropnych. Z płynu mózgowo-rdzeniowego wyhodowano gramo-dodatnie diplo- i tetrakoki.
14. I. Obustronna operacja radykalna według *Killiana*. Drenowanie przez nos. 15. i 17. I. dożylne wstrzyknięcie 10 cm³ rozczynu Trypaflaviny. 17. I. powtórne nakłucie lędźwiowe. Ciśnienie nadal silnie wzmożone. Nonne-Apelt dodatni. W ciągu 3 dni po zabiegu stan bez zmiany, następnie ciepłota opada do normy. Objaw *Kerniga*, sztywność karku i inne objawy podrażnienia opon mózgowych cofają się stopniowo. 19. I. w moczu ½% białka, liczne wałeczki szkliste i ziarniste. Po zastosowaniu odpowiedniej diety mocz szybko się oczyszcza. W tydzień po operacji znaczna poprawa stanu ogólnego, utrzymuje się jednak nadal amnezja w stosunku do niektórych zdarzeń i udzielanie niewłaściwych odpowiedzi. W ciągu dnia sen, w nocy niepokój. Bóle głowy mniejsze, łaknienie umiarkowane, wymiotów niema, ciepłota prawie normalna. Rozważano możliwość ropnia w czołowym płacie mózgowym. 21. I. jeszcze raz nakłucie lędźwiowe, płyn nieco mętny. Nonne +, drobnoustroje +. 25. I. ponowne nakłucie lędźwiowe: ciśnienie wzmożone, płyn przezroczysty, drobnoustrojów nie stwierdza się. Mocz prawie normalny. W ciągu następnych tygodni zmiany amnestyczne cofały się w sposób widoczny, niespokojne noce były coraz rzadsze. Bóle głowy i senność stopniowo ustąpiły całkowicie. 2. III. chory został wypisany, a po upływie dalszych 2 tygodni nastąpiło ostateczne wyleczenie.

Simons jest zdania, że pomyślny przebieg zależał od: 1) dobrej konstytucji chorego, 2) umiarkowanej złośliwości drobnoustrojów, 3) zabiegu chirurgicznego, który umożliwił odpływ ropy, 4) czterokrotnego nakłucia lędźwiowego, 5) możliwe, że i od dożylnego wstrzyknięcia Trypaflaviny.

Dr. P. Ch. Simons, Szpital Św. Jana Bożego, Gravenhage. (Nederl. Tijdsch. v. Geneesk. 1928, rocznik 72, Nr. 21).

Przyczynek do leczenia migreny.

Zeiner-Henriksen leczył chorych na migrenę domięśniowemi zastrzykami 0,5 cm³ Hypophysiny; stosując te wstrzykiwania raz na tydzień, autor osiągnął w 20 przypadkach długotrwające remisje. Na szczególną uwa-

gę zasługuje przypadek dotyczący młodej kobiety, która od 7 roku życia cierpiała ciągle na powtarzające się napady migreny. W 23-im roku życia wstrzyknięto jej trzykrotnie Hypophysinę i od tego czasu napady ustały zupełnie i dotychczas w ciągu roku nie powtórzyły się wcale.

Dr. J. Zeiner-Henriksen. (Tidsskrift f. d. Norske Laegeforening 1928, S. 312).

Spostrzeżenia nad działaniem przetworu bizmutowego Casbis.

Dla leczenia bizmutowego kiły mamy obecnie do dyspozycji cały szereg preparatów. Działanie lecznicze tych środków okazuje się w większości przypadków zadowalniające, liczne jednak z pośród nich są, jak to wykazuje doświadczenie autora, źle przez chorych znoszone. Chorzy skarżą się zwłaszcza na bolesność wstrzykiwań. Następnie autor spostrzegł częstokroć po wstrzykiwaniach ukazywanie się w moczu wałeczków i nabłonków. Przed kilku laty jeden z moich przyjaciół zwrócił moją uwagę na Casbis. Muszę się przyznać, że początkowo odnosiłem się do tego nieznanego mi wówczas preparatu z pewną dozą niedowierzania. Przypuszczałem, że nie okaże się on ani lepszym ani gorszym niż te przetwory, które dotychczas stosowałem. Obecnie, po dokonaniu przeszło 300 wstrzykiwań Casbisu, pragnąłbym jako doniesienie tymczasowe wypowiedzieć o nim opinję, że posiada on w porównaniu z innemi przetworami, znajdującemi się w sprzedaży, bardzo cenne zalety.

Casbis przedstawia oleistą zawiesinę przygotowanego specjalnym sposobem czynnego wodanu bizmutu, zawierającą w 1 cm³ 0,1 g metalicznego bizmutu. Jest to zwykła dawka bizmutu, którą wstrzykiwałem naogół 2 razy na tydzień, a czasem nawet 3 razy.

Chorzy zawsze doskonale znosili wstrzykiwania i nigdy nie skarżyli się na żadne godne uwagi bóle. Ani razu nie stwierdziłem zmian chorobowych w nerkach. Pomimo regularnego badania moczu nigdy nie znajdowałem w nim białka lub patologicznych składników osadu. Zapalenie jamy ustnej zdarzało się bardzo rzadko i to w stopniu nieznacznym.

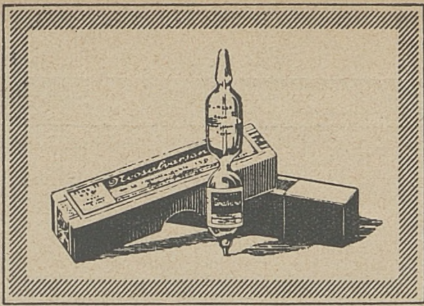
Co się zaś tyczy działania leczniczego Casbisu, to z osiągniętych wyników byłem nadzwyczaj zadowolony. Znaczna zresztą zawartość bizmutu już z góry pozwalała się spodziewać wielce dodatnich rezultatów. Stosowałem Casbis we wszystkich okresach kiły, zawsze oczywiście w połączeniu z Salvarsanem. Ogniska pierwotne ginęły przeważnie już po niewielu wstrzyknięciach. Również i wykwity drugorzędowe oraz sprawy gumatyczne ustępowały z nadzwyczajną wprost szybkością, jakiej przy innych preparatach bizmutowych nigdy nie widziałem. W większości przypadków stwierdzałem już po kilku zaledwie wstrzyknięciach znaczne zmniejszanie się objawów kiłowych. Również i wpływ na odczyn Wassermanna okazał się nadzwyczaj pomyślny. Ostatecznego zdania o trwałości działania ze względu na krótki dopiero czas stosowania przeze mnie Casbisu, wyrazić jeszcze nie jestem w stanie, na mocy jednak dotychczasowego mego doświadczenia odnoszę wrażenie, że również i pod tym względem preparat odpowiada wszelkim wymaganiom. Reasumując, mogę powiedzieć, że Casbis przedstawia preparat doskonale znoszony przez chorych, nie powodujący żadnej bolesności przy wstrzykiwaniu ani też żadnych objawów nerkowych i zapewniający znakomite wyniki lecznicze we wszystkich okresach kiły.

Dr. David. Specjalista chorób skórnych i wenerycznych. Drezno.

Redaktor: A. ENDE mag. farm.

Wydawca: Dom Agenturowy „REMEDIA“ Warszawski, Fulde i S-ka

Warszawa, ul. Hipoteczna Nr. 5. Skrz. Poczt. Nr. 748.
Cena prenumeraty rocznie zł. 6, półrocznie zł. 3.
Odbito w Drukarni „Rola“ J. Buriana, Warszawa, ul. Mazowiecka Nr. 11.



TREŚĆ

NOTATKI TERAPEUTYCZNE